Revista Psiquiátrica Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volumen 2 No. 3 - 4

Diciembre 1959

Revista Psiquiátrica Peruana

Instrucciones a los autores.— Los artículos a publicarse en esta Revista deberán ser enviados al Jefe de Redacción y se sujetarán a las siguientes recomendaciones: (1) Se editarán previa aprobación de la Comisión de Publicaciones (Director, Jefe de Redacción y Administrador), la cual podrá indicar las modificaciones necesarias para mantener uniformidad en el estilo. (2) Las colaboraciones serán originales e inéditas, no pudiéndose reproducir en todo o en parte en otras revistas; salvo autorización expresa de la Dirección de la Revista. (3) El título debe ser lo más corto posible, seguido del nombre del autor, con los títulos que posea. En nota aparte incluirá el cargo que desempeña, si lo tiene, el lugar donde ha realizado el trabajo y su dirección personal. (4) El artículo deberá ser escrito a máquina, en papel tamaño carta blanco y grueso (60—100 gms), en impresión claramente legible, sobre una sola cara, a doble espacio, con márgenes anchos a cada lado. No se recibirán copias ni originales en papel transparente. (5) el texto se ceñirá en lo posible, a las normas usuales para la redacción de artículos científicos, constando de introducción, material y métodos, resultados, comentario, resumen y bibliografía. (6) Los artículos se ceñirán exclusivamente al asunto y tendrán la menor extensión posible. En ningún caso podrán exceder 30 páginas, tamaño carta, incluyendo el espacio necesario para tablas, cuadros, ilustraciones y bibliografía. (7) Debido a los altos costos de impresión las ilustraciones correrán por cuenta del autor. Cada figura tendrá, cuando menos, 8 x 12 cm. Las fotografías serán en blanco y negro, sobre papel lustroso. Las gráficas irán en tinta china, con líneas gruesas, y las letras o números en caracteres tipográficos. No se recibirán diapositivos para ilustrar trabajos. Cada figura vendrá acompañada de su respectiva leyenda, escrita a máquina, en papel aparte. Se numerará cada leyenda y cada ilustración; esta última con lápiz negro, fino, en el reverso de la figura. (8) El número máximo de tablas y cuadros, sin gravamen para el autor será de 8 por artículo. Cada tabla debe ir numerada y con título describiendo clara y brevemente los datos que ilustra. (9) La bibliografía aparecerá de acuerdo al índice Médico Acumulativo de la Asociación Médica Americana. En caso de artículos se citará los trabajos por órden alfabético consignando el apellido e iniciales del autor, título completo del trabajo, abreviación internacional de la revista, número del volúmen (subrayado), números de la primera y última páginas del artículo, y el año. Tratándose de libros se indicará, además del apellido e iniciales del autor, el título completo, la editorial, el lugar y el año de la publicación. (10) Si el autor desea separatas, deberá contratarlas personalmente con el impresor, indicándole número, tipo de encuadernación y solicitando proforma de precios. (11) No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, en consecuencia recomendamos a los autores conservar una copia de su trabajo. (12) Los artículos se editarán, después de aprobados, en turno riguroso, correspondiente a la fecha de aceptación definitiva. (13) Los trabajos que no se ciñan a estas instrucciones no podrán ser publicados. (14) En cada número de la revista no podrá salir más de un artículo por autor.

Canje.— La Asociación acepta el canje de la Revista con publicaciones psiquiátricas, neuropsiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas, antropológicas y sociológicas

Revista Psiquiátrica Peruana

VOLUMEN 2 DICIEMBRE 1959 NUMERO 3—4

EDITORIAL

La Especialización en Psiquiatría... 209

ARTICULOS ORIGINALES

Organización de la Comunidad — Carlos Nassar G. 211

Problemas de la Psiquiatría Española — Ramón Sarró G. 227

Estudios de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita — Humberto Rotondo, Javier Mariátegui y Carlos Bambaren Vigil... 242

Concepciones sobre Medicina Popular en Pacientes Neuróticos — Oscar Valdivia Ponce y Sergio Zapata Agurto 275

COMENTARIO DE LIBROS... 298

La Revista se publica trimestralmente. La subscripción vale cuatro dólares. Los pedidos de subscripción o canje deberán ser dirigidos al Administrador. Los anuncios de propaganda y su financiación están también a cargo del Administrador.

A UNOS PASOS

DE SU CASA O SU OFICINA

...hay siempre una oficina del Banco de Crédito con todos los servicios que la evolución de la técnica bancaria aconseja. Sus numerosas agencias y sucursales, distribuídas en todo el territorio nacional, están a su servicio. Abra su cuenta corriente o de ahorros en el Banco de Crédito.

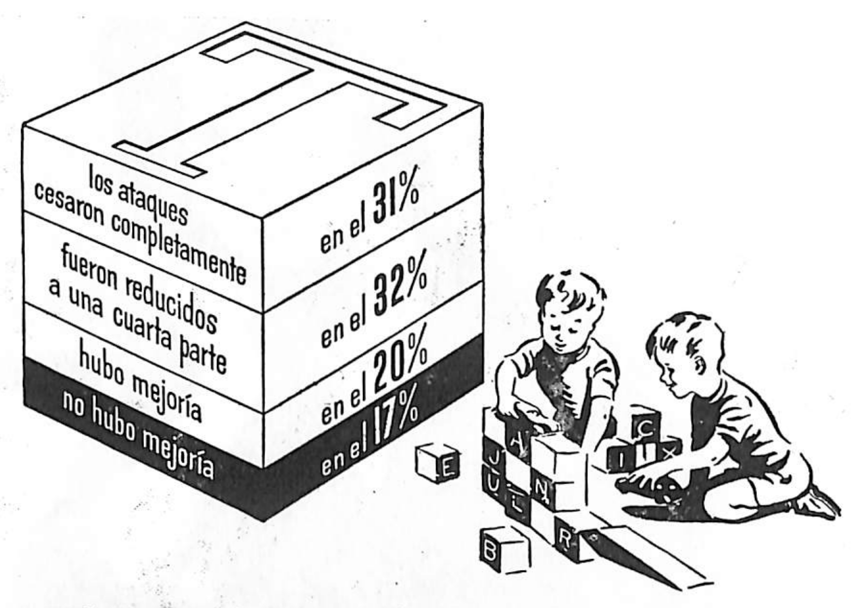


BANCO DE CREDITO DEL PERU

La Institución Bancaria Nacional Más Antigua del País



BC-90-5



83% de casos de pequeño mal mejoraron con Tridione

Las comunicaciones clínicas ponen de manifiesto, una vez más, la eficacia de Tridione en el tratamiento del pequeño mal. Por ejemplo, en un estudio clínico más reciente, se administró Tridione a 166 pacientes de pequeño mal (picno-epilepsia), y de ataques mioclónicos y acinéticos.[1] Los pacientes en cuestión, no habían recibido beneficio alguno con la administración de otros medicamentos. Con la terapia por Tridione, el resultado fué como sigue: en el 31% de los 166 pacientes se logró la cesación de los ataques; en el 32% los ataques fueron reducidos a una cuarta parte de la cantidad ordinaria; el 20% mejoró en cierto grado; en el 13% no hubo ningún cambio, y solamente el 4% empeoró. *Lo anterior mostró una mejoría de 83%.* En algunos casos *no hubo recurrencia* de los ataques durante varios meses (hasta 18 por lo menos), subsecuentes a la fecha en que se suspendió la terapia. Otras comunicaciones clínicas revelan que Tridione ha producido resultados satisfactorios en casos de ataques psicomotores al ser usado en combinación con otra terapia antiepiléptica.[2] Tridione se presenta en cápsulas de 0.3 gm., en envases de 25 y 100, y puede obtenerse en las mejores droguerías y farmacias de su localidad. Para informes adicionales sobre el empleo de esta droga, escriba Ud. a Abbott Laboratories del Perú, S. A.

BIBLIOGRAFIA

1. Lennox, W. G. (1947), Tridione in the Treatment of Epilepsy, J. Amer. Med. Assn., 134:138, 10 de Mayo.
2. DeJong, R. N. (1946), Further Observations on the Use of Tridione in the Control of Psychomotor Attacks, Am. J. Psychiat., 103:162, Septiembre.

Abbott Laboratories del Perú, S.A.
Avenida Brasil, 2726-40
Apartado #2402
Lima



MARCA REGISTRADA

(TRIMETADIONA, ABBOTT)

EDITORIAL

La Especialización en Psiquiatría

La Asociación Psiquiátrica Peruana desde su fundación ha considerado como uno de sus objetivos primordiales el poner en ejecución un plan de entrenamiento para los médicos jóvenes que quieran dedicarse a la especialidad.

No es menester señalar la ingente responsabilidad que tienen todos los psiquiátras en este asunto. Ni es conveniente hoy el hacer el recuerdo de por qué no existen estas facilidades en el país. Mas sí subrayar — como lo hicimos al ocuparnos de la reglamentación de la especialidad psiquiátrica — cómo los médicos privados de una preparación adecuada, dedicados a tratar enfermos mentales, ocasionan graves perjuicios a los pacientes y considerable desprestigio a la psiquiatría peruana.

Nuestra institución se ha abocado a resolver estas deficiencias. Los miembros de la Asociación — que constituyen la gran mayoría de los psiquiatras peruanos — sienten hondamente la falta de oportunidades formativas en la comunidad, y están dispuestos a prestar sus servicios — si fuera necesario ad honorem — para sacar adelante estos proyectos y superar la etapa del primitivismo científico en que nos hallamos.

Se pueden utilizar los Servicios donde ejercen los diversos miembros de la institución para impartir la experiencia clínica indispensable. Es dable aprovechar, además, el entusiasmo y buena voluntad de los psiquiatras competentes, para que den cursos de acuerdo a un plan orgánicamente estructurado. No hablamos aquí de "cursillos" para

médicos generales que tienen indudable importancia, mas no poseen la profundidad ni la extensión para cumplir una verdadera labor educativa como la que tenemos en mente. Es nuestro deseo que la Cátedra de Psiquiatría colabore en forma amplia con su personal y facilidades docentes.

No se debe olvidar que el ciclo de estudios dura aproximadamente unos tres años. Y por tanto se tiene que pensar en la forma de proporcionar ayuda monetaria a los recién egresados durante este lapso, tal como se realiza en otras partes del mundo.

Debemos dirigirnos a las autoridades de los diversos hospitales para que consideren en su presupuesto el cargo de internos y residentes en psiquiatría. Ellos deben tener una duración limitada, de modo que nuevos profesionales periódicamente puedan disfrutar de estos beneficios.

Quizá distintas organizaciones filantrópicas, nacionales y extranjeras, y el Estado contribuyan a compensar los sacrificios que realizan los médicos para obtener el diploma, lo mismo que para lograr y conservar un alto nivel docente.

Se ha comenzado a percibir con nitidez que es recomendable que los profesionales adquieran la experiencia en sus propios países.

Cuando se cambia de ambiente, se crean dificultades inherentes a la diversidad de lenguaje y cultura, difíciles de vencer. Además, se puede producir un desajuste emocional que requiere mayor tiempo de estadía del acordado, y con el agravante que sea muy escaso lo asimilado. Nos exponemos a perder, asimismo, a muchos médicos talentosos que encuentran rápidamente puestos bien remunerados en esos lugares.

Todo esto se sabe. Y así ha sucedido en efecto. Es lógico y conveniente, pues, que el dinero que se utiliza en becas para enviar a los profesionales al extranjero, sea empleado de preferencia en crear facilidades educativas en nuestro medio, y en proveer un mínimo de seguridad económica a los médicos recién egresados que deseen especializarse en psiquiatría.

Organización de la Comunidad*

Por CARLOS NASSAR G. **

La organización de la comunidad se define como un método de trabajo social que induce la colaboración de los individuos y grupos que la componen en favor de las iniciativas de bienestar colectivo. Es la técnica más eficaz en la solución de los problemas de salud en general en su significado de bienestar físico, mental y social de los individuos y las colectividades.

La organización de la comunidad, en la lucha por la salud mental, implica fundamentalmente la modificación de las actitudes personales y sociales mediante un proceso que no sólo es organizativo sino también educativo, en el sentido de la motivación adecuada de individuos y grupos para que aporten su espíritu de cooperación basado en la comprensión de los problemas y la aceptación consciente de sus responsabilidades.

Para modificar las actitudes que prevalecen en torno a los problemas de la salud mental se requiere algo más que las meras informaciones y exhortaciones, a pesar de las mejores intenciones y los esfuerzos desplegados que corren el riesgo de ser ineficaces. Los individuos y grupos sólo aprenden cuando se involucran sus emociones. La comunicación de ideas acerca de la salud mental no es suficiente porque la información intelectual no mueve las fuerzas afectivo–instintivas básicas que deben ponerse en juego para la modificación de las actitudes. De aquí la gran ventaja de aprovechar ciertas situaciones vitales "naturales" de

* Relato al III Congreso Latino Americano de Salud Mental.

** Delegado de Chile.

gran significado emocional y los períodos estratégicos de la historia vital para intentar los esfuerzos encaminados a cambiar actitudes. Citemos, a modo de ejemplo, la clínica prenatal.

Estos esfuerzos educativos aplicados con sentido de la oportunidad adecuada precisan de una comprensión clara de los procesos involucrados, informaciones correctas y técnicas eficaces de higiene mental. A este respecto cabe subrayar que el único criterio realmente válido para evaluar la efectividad de cualquiera técnica se sintetiza en la pregunta: ¿modifica el comportamiento humano en la dirección deseada o propuesta?

Todo material informativo debe combinar conocimientos válidos teóricamente, buenos principios de comunicación basados en los procesos del aprendizaje y un dominio de la técnica de los medios de propaganda masiva".

La organización de la comunidad se expresa en programas cuyo éxito depende en gran parte de la identificación y adhesión efectiva de la población con los objetivos que se persiguen. La comunidad de objetivos facilita la eclosión de movimientos de opinión que conducen a las modificaciones materiales y de actitudes que son necesarias para el buen éxito de un programa de salud mental.

En cualquier esfuerzo concentrado en favor de la salud mental en la comunidad, el primer paso debe ser el conocimiento y evaluación de los problemas existentes, procediendo a continuación a formular ciertos planes específicos, unos de realización inmediata y otros a largo plazo para mejorar las condiciones actuales.

Es por consiguiente importante que el estudio de la salud mental de la comunidad cubra todas sus facetas, desde la comprensión y tratamiento del enfermo mental hasta la promoción de la salud mental positiva, puesto que nuestro objetivo es fomentar las condiciones e influencias que capaciten a los individuos para que desenvuelvan sus potencialidades en el mayor grado posible.

La organización de la comunidad es un proceso comprensivo que involucra los siguientes elementos: descubrimiento de los problemas mediante la búsqueda de datos, concordancia respecto a posibles soluciones y luego la adopción de una solución. La experiencia ha demostrado que ningún elemento del proceso puede separarse de otro dentro de la empresa total y para que los ciudadanos sean eficaces en la adopción de una solución se les debe hacer participar activamente de uno a otro extremo desde el planteamiento de los problemas hasta el logro de las soluciones aceptadas.

El estudio de los problemas de una comunidad no es sólo un medio de evaluar las condiciones existentes sino, además, puede estimarse como uno de los mejores métodos de educación de la comunidad misma.

El éxito de cualquier estudio que se emprenda será determinado por el grado de apoyo que le concedan los líderes locales, su participación en el proceso, la fe en sus recomendaciones y su voluntad de esforzarse en forma sostenida por la satisfacción de los objetivos.

El rol de los organismos gubernativos es planear y organizar los programas sobre una base nacional, estatal o local en conformidad a una política bien concebida y luego otorgar los servicios técnicos y las ayudas materiales básicas que no estén al alcance de las comunidades y las organizaciones privadas o de voluntades. Estas, por su parte, deben movilizar sus recursos propios para coordinarlos y, si es posible, integrándolos con las acciones gubernativas, evitando así las dispersiones y desorientación consiguiente de esfuerzos y financiamientos, desafortunadamente tan escasos en nuestros países de América Latina.

En síntesis, un programa para la comunidad debe ser el resultado de un esfuerzo de grupo. Su forma y contenido debe reflejar ideas, planes y aportes de cada uno.

Un buen programa de salud mental debe basarse en el conocimiento de la comunidad total, sus recursos y sus necesidades. Henry define el problema de la salud mental en la época actual como un problema no de casos, sino de una población que sufre crónicamente. En el pasado los programas de salud mental se han orientado hacia la búsqueda de casos y su tratamiento; sin embargo, el problema esencial reside en el manejo de las tensiones que desorganizan la vida y éste es un problema de la población y nó simplemente un caso–problema. Sólo mediante técnicas de salud pública es posible abordar estas tensiones en sus raíces y atacar el sector patogénico directamente.

La organización de la comunidad para la salud mental, sea en nivel nacional, estatal o local, puede dividirse en cinco fases: explicación, investigación, movilización, legislación y sustentación.

1.— La explicación: Un problema debe ser reconocido antes de resolverlo. La iniciación de la acción en favor de la salud mental consiste en llamar la atención respecto a situaciones que deben ser remediadas mediante, diarios y revistas, la radio y televisión, panfletos, conferencias y otros medios de comunicación.

La explicación puede originarse en estos mismos medios de comunicación, como en exposiciones de la prensa, por ej., sobre condiciones hospitalarias o en la Asociación de Salud Mental, u otros organismos gubernativos.

Para que le explicación tenga éxito como método de preparación para la organización de la comunidad, debe cumplir ciertas especificaciones: a)— detallar las condiciones que requieren cambios: b)— Contrastar estas condiciones con lo que deben y pueden ser: c)— explicar e interpretar el porqué de las modificaciones que se proponen, y d)— de-

be ser sincronizada de tal modo que proceda de inmediato a la oportunidad de efectuar la acción.

2.— Investigación: Después que la explicación haya tenido éxito, se debe proceder a la investigación ejecutiva o legislativa, puesto que se requiere una información detallada, oficial y autorizada que sirva de base a la recomendación de un cambio.

A la investigación se asignan diversos valores. Uno de los efectos más comunes es que el problema investigado puede obtener un reconocimiento como problema de gobierno. El informe de investigación llega a ser un documento público oficial sobre el cual ha de basarse la acción.

El trabajo e informe de la investigación constituyen valiosas y a veces sensacionales noticias. La prensa no sólo los publica sino que también los comenta editorialmente. De este modo la explicación inicial se reedita y amplia.

3.— Movilización: La frase más compleja de la acción social es probablemente el proceso de reunir, organizar y guiar a un gran número de ciudadanos hacia un determinado objetivo, pues son muy numerosos los detalles involucrados en él.

La movilización aumenta la presión y acrecienta la tensión. Este es el momento en que el problema debe ser enfocado por todos los medios de comunicación disponibles. Es en esta etapa cuando se logra cristalizar la opinión pública e influenciar a los organismos gubernativos y de legislación.

Es importante tener presente que para el buen éxito del problema es necesario inducir la consideración política. La realidad nos demuestra que la acción social en el plan legislativo tiene más posibilidades de éxito si: a)— es apoyada por la administración gobernante; b)— patrocinada por el bloque dominante en el Parlamento; c)— es apoyada también por los líderes del bloque minoritario, y d)— si se procura obtener un acuerdo previo para abordarla por encima de consideraciones partidaristas.

Una vez obtenida: 4)— la legislación correspondiente, debe procederse a 5)— la sustentación de los efectos legales, ya que la responsabilidad no termina con el logro de un objetivo .Es necesario asegurarse que las acciones sean contínuamente complementadas y que los cambios en las condiciones o prácticas tengan satisfacción adecuada. Las explicaciones e interpretaciones deben re-formularse constantemente.

PLAN PARA UN PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Ocurre comunmente que los intereses y actividades de salud mental se restringen a aspectos específicos y limitados y se aplican aprove-

chando las oportunidades. Otro resultado de los planes fragmentarios es que el programa concentra en un grupo o profesión y no obtiene la comprensión inter–profesional necesaria.

El programa debe dar a la salud mental un significado más comprensivo, concediendo ayuda a las asociaciones profesionales y organismos públicos como también a las asociaciones de voluntarios para un buen planeamiento de su trabajo.

Una programación integral debe tener presente la triple finalidad de las acciones a favor de la salud mental: 1)— la restauración; 2)— la preservación, y 3)— la promoción de la salud mental.

Esta definición de objetivos facilita la claridad de los planes respecto a los fines que se persiguen y el significado e implicación de cada uno.

La gran amplitud de estos tres objetivos hace practicamente imposible su desarrollo simultáneo y su consideración sólo puede servir como una pauta muy general. Es recomendable efectuar un examen estrecho de estos objetivos para determinar como se pueden repartir los esfuerzos y establecer las prioridades en la aplicación de éstos.

El primer paso en un programa consiste en precisar el marco de referencia dentro del cual se debe ejecutar, tomando en cuenta la clase de organización que lo ha de aplicar: gubernativa, profesional o de ciudadanos voluntarios.

Un programa potencial sirve como guía para la realización de estudios y encuestas de salud mental en la comunidad. El objeto de las encuestas es llegar a comprender el estado actual de los problemas en relación a cada parte del programa potencial. Una encuesta incluye también una revisión del conocimiento existente y las posibilidades de acción. Sus resultados permiten la aplicación de criterios de prioridad.

El programa potencial junto con los datos obtenidos por el estudio y la encuesta proporcionan los materiales con los cuales se construye el programa a realizar. Para evaluar la relativa importancia de las realizaciones potenciales, es recomendable la utilización de ciertos criterios que constituyen una sugerencia metodológica.

Estos criterios no cubren todos las posibles consideraciones importantes, pero constituyen una pauta susceptible de ser aplicada a cualquier sector del campo de acción o a cualquiera proposición o plan de acción para evaluar su relativa importancia o validez.

Los criterios útiles para establecer las prioridades son:

1).— El problema o proyecto planteado, es apropiado a los propósitos de la organización? En otros términos, es específicamente una cuestión de salud mental?

2)— Qué gravedad reviste para las personas afectadas? Siem-

pre es útil conocer la mayor o menor importancia de uno y otro aspecto para las personas cuya salud mental se haya involucrada

3)— Afecta a muchas personas? Es decir, es frecuente?

4)— Perturba a la sociedad en un grado significativo? Como la salud mental de una persona afecta a sus relaciones humanas, todo aquello que influencie la salud mental tiene implicaciones sociales. Se debe considerar, además, el costo económico en la determinación de la influencia de las condiciones mentales sobre la sociedad.

5)— Cuál es la magnitud del conocimiento, equipo, personal y técnicas disponibles para abordar el problema o ejecutar el proyecto? Es recomendable la mayor claridad posible acerca del status científico de cualquier proyecto, estableciendo sobre qué hechos, hipótesis o presunciones se basa.

6)— Cuál es la actitud del público profano y de los profesionales para proporcionar apoyo al programa propuesto?

Aún cuando la aplicación de los cinco primeros criterios ya establece la prioridad para un proyecto, puede ser necesario postergar la correspondiente acción, y si él depende del apoyo público se le debe preparar y persuadir suficientemente hasta obtener su aprobación.

De otro lado puede ocurrir que la aplicación de este último criterio demuestre que ya existe en marcha una acción bien aceptada y apoyada que, en cambio, se puede tornar provechosamente la atención hacia otros problemas más descuidados.

A veces sucede que no es la actitud del público sino la de los profesionales la que obstruye el progreso de una acción.

Al planear un programa también es necesario identificar los organismos que se ocupan apropiadamente de la salud mental y que son específicamente aptos para asumir ciertas responsabilidades.

En un programa de salud mental podemos distinguir dos tipos generales de organismos participantes: 1)— Existen organizaciones aliadas que trabajan simultáneamente dentro del mismo sector con algunos intereses comunes pero con diferentes objetivos y roles. Esto es lo que ocurre con organizaciones de voluntarios, sociedades profesionales y organismos gubernativos. 2)— Existen otras organizaciones que tienen el mismo objetivo, pero que se diferencian en la extensión geográfica de su campo de acción: algunas locales, otras estatales, otras nacionales o internacionales. Estas pueden ser, obviamente, de voluntarios, profesionales o gubernativas.

Es lógico que las funciones diferenciales de todas éstas puedan tomarse en cuenta como aliados potenciales en la confección de un programa.

Cuando un aspecto de un programa o la totalidad de éste puede desarrollarse sin obstáculo teniendo como guía la experiencia acumulada

por ensayos preliminares, se puede planear completamente, desde el comienzo hasta el final, pero cuando sus posibilidades de desarrollo no son claras es a veces preferible planear el programa por etapas.

En la organización de la comunidad juega un rol importante la asociación de salud mental. Esta constituye un fenómeno social muy singular. Ayuda a modificar el significado de la salud mental orientándolo en una dirección positiva. Refleja la aceptación por el ciudadano de dos responsabilidades esenciales en la convivencia democrática: la responsabilidad cívica y la responsabilidad moral como ser humano respecto a aquellos que no son capaces de satisfacer sus necesidades básicas. Provee, además la fuerza numérica, ya que se diferencia de la sociedad profesional en que incluye en su seno tantos miembros profanos como representantes de todas las profesiones que es una organización de ciudadanos más que un simple grupo profano o profesional.

La sociedad de salud mental es una organización mediante la cual se pueden estudiar y evaluar cuidadosamente las necesidades especiales de la salud mental de la comunidad respecto a su importancia y urgencia. Además, hace posible el desarrollo de planes concertados en escala amplia para afrontar los problemas más apremiantes, en vez de dejar estas iniciativas en manos de personas aisladas que sólo pueden realizar planes incoordinados y esporádicos que visualizan las necesidades de la comunidad como un todo.

Estas sociedades deben representar una fuente central reconocida de programas bien planificados y educación de la comunidad, estimulando la confianza de parte del público que otorga apoyo moral y económico a sus proyectos. Es importante que los patrocinadores, tanto los que estudian como los estudiados tengan un enfoque común —un grado razonable de propósitos, problemas y métodos.

En toda asociación de salud mental es conveniente el establecimiento de un Comité especial de exploración y estudio del campo en que se va a desarrollar una acción. Este es uno de los Comités más importantes, pues debe ser capaz de realizar encuestas periódicas de todas las facilidades existentes para prevención y cuidado de la enfermedad mental— no sólo la evaluación de las facilidades de tratamiento, sino que interpretar los recursos de salud mental en el amplio sentido preventivo desde el cuidado de los ancianos y las prácticas relativas al personal en las industrias hasta el grado de orientación en materias de salud mental imperante en los tribunales, escuelas, organizaciones de bienestar infantil y social, ejercicio de la medicina general, etc.

Sobre la base de estas encuestas, este Comité debe proceder a planear cuidadosamente y someter a la consideración de la Junta Directiva tanto los programas de largo alcance como los proyectos específicos que pueden ser emprendidos de inmediato. Así se evitaría el ensayo de pro-

gramas limitados que carecen de una evaluación adecuada en cuanto justificación, prioridad y eficacia.

EDUCACION PARA LA SALUD MENTAL.

Si esta educación ha de ser parte de un esfuerzo más amplio para lograr un objetivo, se pueden seguir ciertos pasos para lograr la seguridad de que la educación para la salud mental tenga un lugar aprtopiado en el esquema total.

Cuáles son estos pasos?

1)— decidir qué resultado se quiere lograr. Esto es el objetivo.

2)— planear la estrategia que conducirá al objetivo. Esto es el plan.

3)—identificar las personas de importancia estratégica que serán involucradas en el plan, y los roles que estas personas desempeñarán en el movimiento hacia el objetivo. Estos son los contribuyentes y sus roles.

4)— determinar qué conocimientos y grado de comprensión necesitan estas personas para realizar su tarea. Esto incluye una evaluación de su preparación actual y de lo que requieren para desempeñarse mejor. Esto constituye el núcleo de los esfuerzos educacionales—lo que podría llamarse el mensaje.

5)— el mensaje no puede trasmitirse indiscriminadamente a través de cualquier medio. Algunos medios se adaptan mejor que otros para vehiculizar un mensaje a ciertas personas o grupos y es necesario decidir cuáles son más convenientes. Estos son los canales de comunicación.

1.— LA RESTAURACION DE LA SALUD MENTAL:

Juzgada por los criterios ya expuestos, la restauración de la salud mental parece ser el objetivo más inmediato, puesto que se ocupa de una de las formas más graves del sufrimiento humano. Las enfermedades mentales afectan a un gran número de personas en forma tan invalidante que requieren auxilios especiales. Reducen, además, la eficiencia de muchos otros individuos vinculados a ellas: desorganizan la familia, la comunidad, la industria, etc., e imponen a la sociedad una inmensa carga económica, superior a cualquier otro desórden humano. Cabe señalar también, que frente a ellos disponemos hoy de mayores conocimientos y mejores técnicas para tratar la enfermedad mental.

Los pueblos no pueden seguir considerando a las personas enfermas como muy costosas, en tanto que, de otro lado, procuran salvar sus conciencias ocupándose de una prevención incierta y de la salud mental positiva. Como un primer paso hacia el progreso social debemos formular algunas preguntas básicas:

¿Quienes y cuántos son los enfermos mentales? Dónde están? Cómo se les puede ayudar?

Es indispensable disponer de servicios psiquiátricos adecuados en número, organización y recursos técnicos, instrumentales y profesionales. Desafortunadamente el deber público de cuidar al enfermo mental sigue aún considerándose sólo como una obligación moral.

Los servicios psiquiátricos se deben organizar en base: 1º)— al Hospital Psiquiátrico para enfermos agudos, que ha de ser, además, un centro de salud mental estrechamente vinculado a la comunidad; 2)— se debe considerar también la hospitalización parcial, diurna y nocturna. Una variación de servicio hospitalario es el hogar de colocación, conocido como "cuidado familiar" y que consiste en un programa especial para el hospital. Este recurso asistencial se estima hoy necesario por que satisface la necesidad del paciente de disponer de una atmósfera más personal de hogar. Estos hogares llenan el vacío que actualmente existe entre la enfermedad y la salud.

Hallamos también los establecimientos para grupos especiales, de los cuales sólo parecen justificarse los de alcóholicos, epilépticos, paralíticos cerebrales y ancianos enfermos mentales, sin contar las colonias para crónicos.

Todos estos servicios se complementan con el ejercicio privado de la psiquiatría dentro de la comunidad y los hospitales o clínicas privadas que deben estar sometidas a una supervisión por los organismos estatales apropiados.

La tendencia actual a ampliar las funciones del hospital general incorporándole servicio de psiquiatría favorece una actitud más adecuada de la práctica médica general hacia las enfermedades mentales. El hospital general constituye un aliado lógico del hospital psiquiátrico, ya que las facilidades psiquiátricas de un hospital general sirven como un nexo entre la comunidad y el hospital psiquiátrico, lo cual contribuye a superar el aislamiento en que éste ha estado sumido. Se podría agregar que el hospital general que acepta casos psiquiátricos favorece la educación del público en el sentido de una mejor actitud hacia este tipo de perturbaciones.

Los consultorios externos significan una extensión del hospital psiquiátrico de la comunidad. Su rol no es sólo curativo, también es preventivo y social. Una expresión extrema del consultorio externo es la clínica psiquiátrica o de salud mental, tanto para niños como para adultos, y más aún, la llamada clínica ambulante.

Uno de los más recientes avances en el área de la restauración de la salud mental es el de los centros residenciales de tratamiento integral especialmente para niños y adolescentes que padecen desórdenes comportamentales susceptibles de recuperación y que vienen a ser como la versión moderna del hospital de psiquiatría infantil.

Respecto a los deficientes mentales, el primer servicio asistencial que se les debe prestar es de tipo preventivo post-natal, prenatal o preconcepcional.

La primera gran necesidad del niño deficiente mental es la de ser sometido a un examen y evaluación médico-psicológica completa. El diagnóstico es el primer paso en favor de un plan racional para este tipo de niños y la preparación de los padres para aceptar su problema y conducirse prudentemente frente a él. Es de gran importancia ayudar a la familia en el curso de los primeros años para facilitar el máximo de éxito posible a aquellos que ulteriormente se esfuercen por su educación especial.

No es fácil obtener instituciones adecuadas y eficaces para los infantes y párvulos deficientes mentales. Hasta ahora, el hospital pediátrico parece ser el más apropiado para los niños más pequeños en consideración a sus necesidades de atención maternal general, protección frente a las agresiones infecto contagiosas, una buena evaluación médica y el mejor tratamiento posible.

La organización reciente de asociaciones de padres de deficientes mentales parece ser uno de los agentes más promisores en favor de este tipo de niños, por cuanto la mancomunión de intereses los capacita mejor para afrontar sus propios problemas de un modo más realístico, esforzándose juntos para obtener servicios asistenciales y educacionales más adecuados.

La atención del párvulo deficiente mental y la satisfacción de sus necesidades básicas puede realizarse mediante las escuelas maternales especialmente organizadas como un preludio a la vida escolar que ha de llevarse en las clases diferenciales de las escuelas públicas cuando exista la posibilidad de cierto grado de educación. Para los deficientes profundos ineducables se requiere la institución especial que proporcione la atención médica y escolar, sirviendo al mismo tiempo, como establecimiento de custodia.

Para los deficientes mentales egresados de las clases o establecimientos especiales, es necesario organizar la labor de seguimiento que permite ejercer la consiguiente supervisión dentro de la comunidad y ayudarle, además, en sus esfuerzos de ajustes múltiples.

Concordamos en que la delincuencia juvenil es la resultante de un trastorno comportamental, por consiguiente, una enfermedad que requiere tratamiento y rehabilitación integral en establecimientos especiales, impregnados de espíritu protectivo y terapéutico. Para el delincuente adulto hay que propiciar prisiones que no sólo signifiquen el aislamiento y punición del sujeto sino, también, una atmósfera favorable a su rehabilitación integral.

Para los delincuentes y criminales del tipo psicopático, sexual, deficiente o alienado es imprescindible contar con facilidades especiales dentro de los propios hospitales psiquiátricos.

En relación a estos problemas cabe subrayar la importancia y mayor eficacia de las medidas preventivas generales y especiales. Es también recomendable suscitar la cooperación de la policía y los tribunales de justicia induciendo en ellos una actitud más favorable y constructiva hacia los problemas de la salud mental. Para ellos se requiere la educación del policía y del magistrado en las materias básicas correspondientes.

Los hogares de detención para menores delincuentes deben organizarse como centros de observación, diagnóstico, clasificación, y distribución, sirviendo en estrecha conexión con los tribunales de menores concebidos no como organismos de justicia sino de protección a la infancia en peligro moral.

Una creciente preocupación de la comunidad actual es la salud mental de los ancianos. Su asistencia debe ser fruto de un plan coordinado con los organismos de salud pública y auxilio o servicio social.

Todos estos organismos son de naturaleza psiquiátrica, pero existen otras organizaciones no–psiquiátricas que también contribuyen a la restauración de la salud mental teniendo como objetivo la ayuda a las personas que padecen desviaciones o quebrantos. En el curso de sus labores se ven confrontadas a la enfermedad mental en diversos grados. Citemos los tribunales de justicia, el Ejército de Salvación, la Cruz Roja y las organizaciones del servicio familiar, bienestar infantil, auxilio social, rehabilitación vocacional, enfermería de salud pública, asistencia jurídica, aconsejamiento conyugal etc. cada una de las cuales debe estimarse como un aliado en la lucha por la restauración de la salud mental.

2.— LA PROTECCION DE LA SALUD MENTAL:

El concepto clave en la lucha por este objetivo es la prevención, no el tratamiento. Pero este objetivo no es fácil de obtener porque no siempre basta conocer como se puede superar un factor causal. La prevención requiere a veces la modificación de ciertas actitudes y costumbres sociales muy arraigadas.

Los esfuerzos de la prevención que se enfocan sólo en el control de las desviaciones del comportamiento sin considerar la plenitud del problema pueden ser de un valor limitado o incierto.

El término prevención no puede tener un significado específico si no se clarifica a qué se refiere. A este respecto, es necesario distinguir: 1)— la prevención absoluta. 2)— la prevención presuntiva, 3)— la prevención relativa y 4)— la prevención de recaída.

La prevención absoluta es aplicable a aquellas enfermedades mentales cuyas causas son conocidas. En esta medida se puede decir que son

absolutamente previsibles. Las pocas enfermedades que comprenden este grupo de prevención absoluta no constituyen más del 15% de la totalidad de las psicosis que ingresan al hospital psiquiátrico y, por consiguiente, un porcentaje pequeño de todos los desórdenes mentales.

La prevención presuntiva se basa en la idea de que la prevención sirve a la sociedad mejor que la restauración y que implica, tal vez, cierto grado de salud mental positiva. Tanto el sentimiento humanitario como la necesidad de hacer progresar nuestros conocimientos nos inducen a aplicar criterios aún inciertos. En esto consiste la prevención presuntiva.

La mayor parte de la labor preventiva en la actualidad persigue el mejoramiento de los factores que influencian el desarrollo psicológico del individuo desde el nacimiento y, en especial, el intercambio emocional en el seno de la familia. La prevención procura proteger los primeros años de la vida, en los cuales se establecen los fundamentos de la personalidad y la potencialidad de ajuste o perturbación.

Estas dos primeras formas de prevención son, esencialmente, objetivos de la salud pública. Las otras dos formas, la relativa y de recaída, son los objetivos de los que efectúan el tratamiento del individuo enfermo. La prevención relativa consiste en el ataque precoz del problema para evitar su agravación. La prevención de recaída es una continuación del trabajo terapéutico en el curso del período de convalescencia y recuperación.

Como la prevención real se dirige hacia aquellos individuos que aún no sufren un quebranto mental, su aplicación se realiza mediante las instituciones sociales que se ocupan de las personas normales, siendo las más importantes aquellas que se ocupan de la salud pública, la escuela, la iglesia, la recreación, el trabajo y el hogar.

Desafortunadamente, los especialistas en salud pública sólo recién empiezan a ejercer iniciativas para desarrollar sus potencialidades en favor de la higiene mental. La experiencia acumulada en el campo de la salud pública tiene mucho que ofrecer al desarrollo de la salud mental y al progreso de la psiquiatría. Su perspectiva y técnica epidemiológica son especialmente valiosas y deben incorporarse cada vez más al adiestratamiento del psiquiatra, psicólogo y asistente social. La protección de la salud mental de la comunidad debe comenzar lógicamente con los expertos, pero no puede permanecer exclusivamente en sus manos. Toda organización, agrupación profesional o individuo que se interesa u ocupa de la salud mental debe considerarse como un aliado potencial en esta amplia tarea de prevención. Cabe señalar que las enfermedades de salud pública constituyen la primera línea potencial de defensa contra los trastornos mentales, por la oportunidad que tienen de guiar a los padres en el ciudado del niño cuando es más necesaria una acción orientadora.

En cada fase del trabajo de salud pública debe manifestarse una preocupación por la salud mental. Con razón algunos expertos han subrayado la importancia de conceder más atención a la forma de vida, y a los modos de pensar y sentir de las personas y comunidades, formulando la creencia de que las acciones de salud pública serán aún más eficaces y promoverán el fomento de la salud mental cuando la fuerza emotiva substituya a la fuerza de autoridad.

Es importante tener presente, sin embargo, que los especialistas de salud pública no funcionan en un vacío y que no tienen el control de las escuelas, los organismos de policía, las actividades de recreación y de muchos otros funcionarios, y condiciones que influyen sobre la salud mental. Por consiguiente, su éxito en la protección de la salud mental depende de su iniciativa y capacidad para atraer la cooperación de otras organizaciones dentro de la comunidad.

3.— PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

El tercer objetivo de la actividad por la salud mental consiste en su promoción en las personas normales; esta es la salud mental positiva.

La salud mental positiva se basa en el reconocimiento de que todas las personas tienen potencialidades en unas muy modestas, en otras más grandes, que pueden dejarse languidecer o ser desarrolladas al máximo. El cultivo de estas capacidades a un nivel más elevado constituye la salud mental positiva. Como lo ha dicho Scheele su "objetivo no es solamente extender la vida sino aumentar su poder".

Las áreas más importantes y eficaces para la promoción de la salud mental son el hogar y la familia, la iglesia, la escuela, el trabajo y la recreación

En la familia se focalizan todas las tensiones generales por cambios sociales y es en ella donde deben resolverse los problemas. Es una especie de "epidemia" que afecta a la familia. Esta es la cápsula social en que se desarrollan los sentimientos, y por consiguiente, es la fuerza de mayor potencia en la conformación de la salud mental de un individuo, especialmente la estrecha relación afectiva madre-hijo, de enorme trascendencia vital.

El objetivo de la familia no se limita a la crianza y orientación de los hijos. Proporciona un apoyo emocional a todos los miembros que la integran. Este apoyo familiar se necesita especialmente cuando la ancianidad y la viudez destruyen el apoyo de que se ha disfrutado durante largos años. La familia que funciona mal y que ha perdido su capacidad de cultivar el aspecto afectivo de la vida, puede mantenerse junta físicamente por fuerzas religiosas, económicas, culturales y emocionales. Sin embargo, los desórdenes comportamentales de sus miembros demuestran su fracaso. Por esta razón la clínica de guianza infantil enfoca su es-

fuerzo por lo general sobre la disfunción familiar más que en el niño exclusivamente.

Una familia mentalmente sana y liberal es una buena escuela para una sociedad sana. La familia contemporánea necesita ayuda. Algunos expertos recomiendan más actividades en las cuales la familia participe en su totalidad. La comunidad debe contar con los organismos necesarios y adecuados para ofrecer esta ayuda con la cooperación activa de obstetras, pediatras, médicos de familia, enfermeras de salud pública, enfermeras hospitalarias, asistentes sociales, maestros, psiquiatras, sacerdotes, psicólogos, policías, jueces y recreadores.

El consejo matrimonial debe ser parte importante de todas las profesiones enunciadas, sin perjuicio de la especialización en esta técnica. Mace, define el aconsejamiento matrimonial como "ayuda frente a las tensiones derivadas de la situación en que vive la persona, ayuda en el logro de un nivel más elevado de salud física, ayuda en la solución de problemas psicológicos encubiertos y ayuda para una mejor comprensión de sí mismo".

Con el mismo fin es necesario que los establecimientos de educación secundaria y universidades organicen cursos pre-matrimoniales, promuevan la educación de padres y la formación de asociaciones de padres y maestros, y que las organizaciones femeninas incluyan el estudio del niño dentro de sus programas.

Se recomiendan los grupos de discusión, como técnica educativa porque permiten a los padres expresarse acerca de sus problemas e intercambiar ideas entre sí. Estos grupos de discusión ayudan a los padres a captar el aspecto emocional de un problema y los modos de afrontarlo y resolverlo. Especialmente apropiados para integrar estos grupos son los padres que esperan su primer hijo.

La guardería infantil y la escuela de párvulos son particularmente significativos para la salud mental por cuanto introducen en la vida del niño un nuevo ambiente cultural y facilitan las apreciaciones de las diferencias individuales, que es tan importante para la salud mental.

La iglesia puede ser eficaz en los tres aspectos de la salud mental a)— es esencialmente una promotora de salud mental positiva, pero también puede ser una fuerza negativa si sus esfuerzos para satisfacer las necesidades y problemas humanos no conceden atención al funcionamiento del individuo y a los valores y objetivos humanos, b)— La iglesia puede influir sobre los factores que condicionan la mala salud mental y actuar como fuerza preventiva, y c)— puede ayudar en la asistencia a los sujetos desviados de tal modo que contribuya a su corrección o aprovechar el máximo las capacidades residuales .

Uno de los recursos más valiosos de la iglesia para la promoción

de la salud mental es el consejo pastoral, para cuyo ejercicio el sacerdote necesita conocer los aspectos psicológicos de la técnica de la entrevista. Pero el consejo pastoral eficaz significa también el conocimiento de aquellos casos que necesitan ser derivados hacia el psiquiatra. La iglesia debe también aprovechar la oportunidad del aconsejamiento premarital y marital y de la juventud en general.

La Salud Mental y la Escuela: La responsabilidad para desarrollar las potencialidades del niño comienza con la familia. Pero a medida que el grupo social en que vive la familia se torna más exigente, más complejo, menos permanente y menos relacionado con ella, a la familia se le hace más difícil trasmitir las costumbres y los valores sociales al niño. Esto ocurre especialmente cuando la familia se contrae y disminuye dentro de ella la oportunidad de experiencia social. Para compensar esta limitación, la sociedad ha dado cada vez más responsabilidad a la escuela como agente de salud mental positiva. De aquí deriva la posición de que la educación tiene esencialmente una función de salud mental.

Salud mental y educación son tan inseparables que a menudo se les considera idénticas. Psicohigienistas y educadores se ocupan del mismo objetivo —desarrollar las potencialidades del niño para afrontar satisfactoriamente las situaciones de la vida. Por consiguiente, el objetivo de la educación es la salud mental.

Aspectos importantes de la salud mental del educando son: la transición del hogar a la escuela, la mantención de una atmósfera escolar que favorezca la realización de las potencialidades, los obstáculos que a menudo existen para el cultivo de estas potencialidades, el fracaso escolar, la ayuda escolar al niño irregular, etc.

La escuela no debe actuar aislada, sino que debe coordinar sus servicios con los de otros organismos e instituciones sociales que se ocupan del niño.

De particular importancia para la salud mental y la atmósfera escolar es la relación emocional entre el niño y su maestro y su interacción recíproca, que constituye el vehículo primordial del aprendizaje.

Para que la escuela cultive la salud mental positiva debe disponer de educadores bien preparados, no sólo en las disciplinas propias de esta profesión, sino en materias de psicología infantil e higiene mental. La selección de los candidatos al magisterio es de imprescindible necesidad si consideramos que la salud mental del maestro es de fundamental importancia en la determinación de la atmósfera escolar y la eficiencia de las relaciones maestro-educando. La salud mental debe considerarse un elemento básico en la relación y educación del maestro.

Las buenas relaciones humanas dentro de la escuela constituyen

un valioso vehículo para la salud mental tanto del maestro como del niño.

Pero si bien el maestro debe poseer un adiestramiento básico que le permita actuar como educador en el sentido más amplio y noble de este término, también requiere con frecuencia el concurso de especialistas dentro de la escuela, como son los orientadores, psicólogos y consejeros.

La protección y promoción de la salud mental del educando no termina en la escuela primaria o secundaria. El estudiante universitario también debe confrontar problemas que afectan su salud mental. La universidad debe hacerse eco de ello y ofrecerles la ayuda y solución necesarias mediante servicios especiales en la salud mental.

El impacto de la escuela sobre el niño es extraordinariamente grande. Bástenos tener presente que a lo menos un tercio o la mitad del tiempo de vigilia de un niño es absorbido por ella. Si agregamos el kindergarten primero y las instituciones de educación especial y superior posteriormente, esta influencia de la educación es suficientemente determinante en muchos aspectos de la salud mental de nuestros niños.

El significado social de la escuela es inmenso. Su incapacidad o inadecuación para cumplir satisfactoriamente sus objetivos contribuye mucho a la delincuencia y la enfermedad mental. La sociedad contemporánea asigna a la escuela un importante rol preventivo y mejorativo de la salud mental de los individuos y las colectividades.

Para terminar, séame permitido citar unas palabras del Dr. Brock Chisholm, ex-Director General de la OMS: "El movimiento de salud mental es una de las grandes presiones en dirección de la sanidad y eventualmente la paz sobre la tierra. Pero la salud mental no puede darse a las personas y grupos por los psiquiatras, sociólogos, psicólogos u otros técnicos. Esta es una tarea para los pueblos del mundo en sus propios hogares. en sus escuelas, en sus iglesias y en todos los lugares en que se reunen, pero especialmente en sus propios hogares en relación al desarrollo de sus propios hijos. Y sólo en el grado en que la salud mental sea un movimiento del pueblo, de modo que el pueblo aprenda cómo sentir y vivir de un modo diferente, apropiado a un mundo nuevo, puede ser eficaz el movimiento de salud mental". Esta es una responsabilidad que gravita pesadamente sobre los hombros de todos nosotros y de cada persona que sea capaz de reconocerla y aceptarla.

Problemas de la Psiquiatría Española

Por RAMON SARRO *

España fué uno de los primeros países que se adhirió al Movimiento Internacional de Higiene Mental fundado por Clifford Beers. La Liga Española de Higiene Mental tuvo por cuna esta misma ciudad de Barcelona, en fecha tan remota — dado el ritmo que actualmente sigue la Historia — como el año 1,926. Ya entonces teníamos los psiquiatras españoles una clara visión del carácter internacional del Movimiento y de la conveniencia de actuar mancomunadamente. Impulsados por esta convicción, la Liga envió al formidable Congreso de Washington — formidable porque por primera vez se consiguió marcar el carácter mundial que debía tener el Movimiento — celebrado en 1.930, tres delegados españoles, los Drs. Germain, Rodríguez Arias y el malogrado Dr. Sacristán. A su regreso publicaron un libro en el que se daba a conocer a los psicohigienistas españoles el dilatadísimo horizonte que iba abriéndose ante la nueva concepción de la Higiene Mental. Es indudable que los españoles reaccionamos a esta llamada. En 1.931 se promulgó una nueva y progresiva Ley de Asistencia Psiquiátrica. Se creó un Consejo Superior Psiquiátrico, se organizaban Semanas de Higiene Mental, etc.

Todas estas actividades que no desmerecían de las que realizaban los países considerados como los más sensibles ante estos problemas, quedaron colapsadas ya desde antes de 1.936. Al colapso de la Higiene Mental en España siguió el del mundo entero. Se desencadenaron sobre el mundo fuerzas tan espantosas como las que encarnaban los cuatro bíblicos jinetes apocalípticos, y asistimos al espectáculo de un mundo en el que no sólo corrían riesgo de perecer los valores que encarna el Movimiento de Higiene Mental, sino el conjunto de los valores culturales.

* Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Barcelona.

Por fin terminó aquella sombría pesadilla. Había llegado la hora de reconstruir el mundo, no sólo materialmente sino, lo que constituye más alta y más difícil empresa, espiritualmente. Algunos hombres que habían participado en la Guerra, se habían sentido tan hóndamente estremecidos por el hecho de que en el curso de 25 años hubieran sobrevenido dos guerras mundiales, la segunda de proporciones todavía más espantosas que la primera, que decidieron consagrar el resto de su vida a prevenir la reaparición en la humanidad de lo que sin exageración podía calificarse de "locura colectiva".

Uno de ellos fué el Dr. John R. Rees. Con una tenacidad y una capacidad de organización que no admitía parangón más que con la fuerza de su idealismo, fundó en 1.948 la Federación Mundial de la Salud Mental, que celebró el primer Congreso en Londres y en el que se reunieron de 2 a 3 mil personas participantes en el mismo ideal.

La idea, y el ideal, de la Federación era la misma que la de la Asociación Internacional de Higiene Mental, pero con mayor fortaleza apta para luchar contra los adversarios que se habían reconocido como más poderosos que aquellos a los que combatía la Asociación. Al propio tiempo se atrevió a propugnar ideales que en época de la Asociación, es decir, en la primera fase del Movimiento de Salud Mental, hubieran sido justamente calificados de utópicos. No lo eran no porque la Federación dispusiera de especiales recursos, económicos y de otro orden, sino por una sola razón: su base internacional, más aún, mundial. De ésta derivaba la conciencia de su poder, que desde entonces no ha hecho más que incrementarse .

Los psicohigienistas españoles no habíamos olvidado que en España se había creado la Liga en 1.926. Esperábamos que resurgiera, pero éramos conscientes de que esto no podía lograrse más que recibiendo el calor del Movimiento Internacional. Por esta razón solicité apoyo de la Dirección General de Relaciones Culturales para asistir al Congreso de Salud Mental de Méjico, en el año 1.951, donde pedí el ingreso de España en la Federación; ésta fué acordada por unanimidad. Aquel ingreso no dió por el momento otros frutos que el de ver inscrito el nombre de España en la lista de las naciones miembros de la Federación. Era sólo un primer paso; nos dimos cuenta de que era necesario ir persuadiendo a la Federación de nuestra capacidad y de nuestro entusiasmo. Los psicohigienistas españoles nos asignamos. como táctica consigna, la de asistir siempre que fuera posible a las Reuniones Anuales de la Federación. Me es grato expresar aquí mi gratitud al Dr. Pélach y Sra., que asistieron a tres distintas Reuniones.

Por mi parte asistí a la Reunión de Estambul de 1,955, con los Dres. Obiols y Alier. Ya entonces invitamos a la Federación a venir a España. Todavía no había llegado el momento; nuestra propuesta fué

agradecida, pero no aceptada. No podemos sustraernos a la impresión de que si esta vez hemos alcanzado el honor de que la Federación haya aceptado nuestra hospitalidad. se debe a dos hechos producidos al margen de las Reuniones de la Federación. Uno de ellos tuvo lugar durante el Congreso de Psiquiatría de Zurich (Septiembre de 1,957) durante una excursión por el lago. Un enjambre de psiquiatras españoles acorralamos a los Dres. Rees y Fremont-Smith contra la barandilla del barco rogándoles defendieran nuestra candidatura de país invitante de la Federación. Nuestros amigos nos prometieron que buscarían la oportunidad de complacernos. En segundo lugar influyó el éxito, tanto de organización como de repercusión científica, del IV Congreso Internacional de Psicoterapia celebrado en estas mismas fechas, hace un año, en Barcelona, y que nosotros consideramos, acaso por nuestro entusiasmo de organizadores, que señala la aparición de una nueva idea del Hombre en Psicoterapia destinada a sustituir a la de Freud. En este Congreso el Dr. Moross vino a hacernos la invitación oficial de esta Reunión.

Henos aquí, por fin, reunidos. Ha llegado el momento, tantas veces diferido pero por fin alcanzado, de poder dialogar con la Federación. Nos damos cuenta del breve tiempo que vais a estar con nosotros y de cuanto nos conviene aprovecharlo. Con este fin y teniendo muy presente la generosa solicitud e interés que habéis mostrado por nosotros, creemos que el mejor medio para conseguir que nuestro encuentro sea fecundo hoy y los días sucesivos, es que como punto de partida os expongamos una visión panorámica de cuales son los problemas que juzgamos más importantes de la Psiquiatría española.

Para mejor comprensión del público he de decir que el concepto de Psiquiatría ha cambiado y que ya no es el de una especialidad médica circunscrita a las formas graves de desajuste con el ambiente. Dichos trastornos son sólo un capítulo de la nueva Psiquiatría, que después de la obra, por todos conceptos memorable, de Sigmund Freud, se inspira en el concepto de Salud Mental que ha dado la Organización Mundial de la Salud, o sea, según es un estado de "perfecto bienestar" físico, psicológico y social. Siempre que el individuo se halle por debajo de este estado más o menos pasajero de "perfecto bienestar" cae, en forma más o menos directa, bajo la jurisdicción de la moderna Psiquiatría.

La antigua Psiquiatría, centrada en el Manicomio, habría resultado un instrumento demasiado tosco para esta empresa; hoy manejamos una Psiquitría incomparablemente más diferenciada, gracias no sólo al impulso de Freud, sino a las contínuas aportaciones de las ciencias antropológicas que los americanos llaman "behavioral sciences". (Antropología cultural, Sociología, Psicología clínica, Psicoanálisis).

Vamos a exponer algunos de los problemas psiquiátricos, no según su orden de gravedad, sino según el grado de capacidad con que nos sentimos para resolverlos. El último problema que voy a tratar, que va a ser el de la neurosis en España, es aquel que consideramos más árduo y para acometer el cual más solicitamos consejo de expertos.

Creo que es oportuno decir aquí que la Psiquiatría española ha realizado en el orden práctico un paso gigantesco con la creación, después de una larga y laboriosa gestación, del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (P. A. N. A. P.). Todos los psiquiatras españoles agradecemos el impulso que dió a su creación el Dr. Antonio Vallejo Nágera, gestor de la Psiquiatría española. Gracias a la esclarecida protección del Sr. Director General de Sanidad, Dr. D. J. García Orcoyen, el Patronato está destinado a ser un máximo instrumento de renovación, no sólo de la asistencia psiquiátrica, sino del conjunto de los problemas de Salud Mental. Si el ritmo de trabajo con que ha actuado en los dos primeros años de su existencia continúa, podemos garantizar que el panorama de la Psiquiatría española cambiará de raíz.

1º— Es inevitable que el primer problema que citemos sea el de las Psicosis. No estamos totalmente satisfechos de cómo se desarrolla en la actualidad la asistencia psiquiátrica. (Digamos entre paréntesis que no estamos satisfechos de nada en lo que concierne al enfoque de los problemas psiquiátricos en España. Creemos que el mejor modo de servir a nuestra Patria y de expresar el amor que sentimos por élla, es el de señalar las imperfecciones de que adolecen nuestras instituciones, nuestros métodos, nuestros conocimientos. Ya es hora de que tengamos el valor de mirar la realidad cara a cara; es lo que caracteriza a una nación segura de su fuerza. Por otra parte, que los problemas psiquiátricos no estén resueltos en España no debe avergonzarnos lo más mínimo; no existe un solo país en el mundo que no acuse graves deficiencias en múltiples sectores de su organización psicohigiénica, las diferencias entre los paises son sólo de grado. El sistema de ocultar la realidad a la opinión pública es el procedimiento más seguro para obstaculizar el progreso.

Debemos hacerla responsable de que no se produzca un mayor progreso en muchos sectores de la Higiene Mental. Ahora bien: para que podamos reclamar su concurso es necesario que esté previamente informada).

Para enfrentarnos con el problema de las Psicosis disponemos en España de técnicos excelentes, muchos de ellos formados en Alemania, que es el país que hasta la segunda guerra mundial, ejerció una influencia preponderante sobre la Psiquiatría española. Disponemos también de instituciones. La legislación psiquiátrica se halla en constante progreso gracias a los esfuerzos del Patronato, que tiene presentadas dos

nuevas leyes, una sobre ingresos y salidas, y otra sobre el Reglamento de los Manicomios.

Las necesidades más urgentes son una mayor precisión en las técnicas estadísticas, una mejor preparación de las profesiones auxiliares, muy especialmente las Visitadoras Sociales Psicólogas, y, por último, una renovación del espíritu con que se realiza la asistencia psiquiátrica, que tomado por ejemplo la transformación que ha realizado nuestro amigo el Dr. Sivadon en la vecina República, convierta los Manicomios en centros dinámicos abiertos de Socioterapia. Más que nuevas construcciones, lo que necesitamos es la asimilación de estos nuevos conceptos y el entusiasmo y capacidad de organización para llevar adelante la empresa. Todo permite augurar que en un espacio de tiempo relativamente breve se irá realizando esta transformación.

2º— El problema del alcoholismo no es grave en España. Sabemos que por orden de gravedad decreciente los países que más alto atributo pagan al alcohol son Chile, con un 8%, Francia con un 5,2%, Estados Unidos con un 4%. Siguen Suiza, Suecia, Unión Sudafricana. Aunque en España no poseemos estadísticas suficientemente precisas, sabemos que estamos a gran distancia de estas naciones.

Como síntoma de que el problema del alcoholismo en España, con ser importante no es agobiante, puede citarse el hecho de que en la prensa española se esté publicando en la actualidad, sin escándalo de nadie, entrevistas con las figuras más prestigiosas de nuestra Medicina en las que se reconoce que un uso moderado del alcohol no debe considerarse como nocivo. No obstante, sería una inconsciencia no reconocer la importancia del problema también para España. En nuestra Clínica Psiquiátrica Universitaria la cifra de alcohólicos representa un 35% Es una cifra elevadísima, pero que no es representativa, puesto que nuestra Clínica funciona como Servicio abierto al que un conjunto de factores le ha creado un prestigio que, aún a riesgo de pecar de inmodestos, consideramos justificado. Alrededor de una sección de Psicodrama se ha montado un Club de Abstemios que va creciendo en prosélitos en forma que no deja de presentar analogías con los "Alcohólicos Anónimos".

No deja de ser curioso que la provincia en la cual la cifra de alcohólicos es más elevada sea Navarra, una de las más ricas de España.

3º— El problema de la delincuencia juvenil. Esta es sumamente baja en España. Esta baja cifra subsiste aún después de examinar las estadísticas con el mayor rigor crítico. Si tenemos presente los conocimientos actuales sobre las causas de la delincuencia juvenil no es de extrañar que la cifra sea baja en España. Las estructuras familiares y sociales no se hallan alteradas como en otros países en grado avanza-

do de industrialización. Es misión de los psicohigienistas españoles cuidar, aprovechando la experiencia de otras naciones, que las trasformaciones sociales que inevitablemente produce la industrialización no repercutan en un aumento de la delincuencia.

4º— Los problemas de la Psiquiatría Infantil. Las resistencias de los médicos y de la opinión pública a aceptar las concepciones modernas sobre la frecuencia de trastornos emocionales en la infancia y sobre los métodos psicoterápicos para tratarlos, son menores que otros sectores de la Medicina. Como ejemplo de ello citamos con el mayor gusto el hecho de que la Sociedad Catalana de Pediatría se haya apresurado a inscribirse colectivamente en esta Reunión. Las campañas de Salud Mental en la escuela están todavía muy atrasadas, pero sabemos que los maestros y los padres de familia van sensibilizándose rápidamente sobre la importancia de este problema .Las campañas de Higiene Mental podrán cosechar grandes éxitos en este campo con solo intensificar el ritmo de sus actividades y elevando a realización las modernas concepciones ya asimiladas.

5º— Llegamos ahora al problema máximo de la Psiquiatría española, el de las Neurosis. Entendemos con este nombre los desajustes emocionales no psicóticos cuyo condicionamiento es más profundo y más ignorado por el sujeto que el meramente ambiental.

Para mayor claridad, dividimos el problema en dos aspectos, el de las Neurosis en España y el de su reconocimiento; en modo alguno coinciden. Lo que se llama anosognosia, el desconocimiento de la propia enfermedad, se da con extraordinaria frecuencia en las neurosis. Para facilitar el abordaje y la comprensión del problema, nada mejor que citar una anécdota a la que ya me he referido en otras ocasiones, sobre un punto de vista que expusieron dos psiquiatras genuinamente españoles en el Congreso de Psiquiatría de Santiago, de 1,952, en la discusión de una Comunicación que presentamos proponiendo la creación de Visitadoras Sociales Psiquiátricas en España, dando en favor de ello varias razones, principalmente la de la frecuencia de las neurosis. Estos dos psiquiatras, cuya gran personalidad científica reconocemos, opinaron que en España no existían neurosis. Un escotoma de tales dimensiones nos llevó a elevar la anécdota a categoría empleando la frase del gran escritor español Eugenio D'Ors, y a interpretarla como expresión de una actitud profundamente anclada en la Medicina española. No sólo ellos, sino los más ilustres médicos españoles pensaban lo mismo en aquella época, o en todo caso actuaban como si compartieran aquel criterio.

El hecho que fueran psiquiatras sorprende sólo al primer pronto, puesto que la Psiquiatría anterior a Freud se inspiraba en una concepción tan somática como los restantes capítulos de la Medicina clási-

ca. Todos sabemos que los psiquiatras vivieron durante décadas con la esperanza de encontrar una anatomía patológica para trastornos psíquicos, que carecen en absoluto de ella porque son de un condicionamiento exclusivamente psicológico.

La reflexión sobre esta anécdota nos marcó tres cauces diversos de acción para el inmediato futuro: 1º) Demostración, mediante estadísticas de la frecuencia de las neurosis en España. 2º) Análisis de las resistencias de los médicos españoles a aceptar la inevitable psicologización de la Medicina. 3º) Análisis de los factores colectivos que actúan sobre el conjunto de la mentalidad española con la finalidad de hallar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo se explica que el pueblo español se caracterice (a nuestro juicio, claro está) por una gran propensión a enfermar de neurosis y por una aversión intensa, casi insuperable, a reconocer este hecho ?

Respecto al segundo punto, es decir a la aversión de los médicos a adoptar una actitud adecuada ante la realidad de la neurosis, que no puede ser otra que una actitud psicológica, los factores responsables de esta dificultad son varios:

1º— La ausencia de cátedras de Psiquiatría, cuya enseñanza sólo hace algo más de una década ha pasado a ser obligatoria para todas las Facultades de Medicina de España. En épocas anteriores, el único contacto que tenían los estudiantes de Medicina con las realidades psicológicas era a través de la Psiquiatría Forense que explicaban los catedráticos de Medicina Legal, y los cursos que espontáneamente diera algún destacado psiquiatra español con entusiasmo docente.

2º—La concepción de que la Psiquiatría que se enseñaba a los médicos era la de una especialidad. La mayoría de los capítulos iban consagrados a la psicopatología y curso de las Psicosis. Esta Psiquiatría ha resultado prácticamente inservible para el médico general.

3º— La insistencia constante sobre lo somático como única realidad médica de todo profesorado, hacía que el estudiante, al terminar la carrera, hubiese adquirido ya una actitud rígida "filosomática" que obliteraba la percepción de los aspectos psicológicos de la enfermedad.

En rigor, en el tercer punto van incluídos también los médicos. Puesto que la aversión de los españoles al reconocimiento de la neurosis es un fenómeno colectivo. Incluye, por tanto, no solo a médicos y pacientes, sino al conjunto de la opinión pública.

El análisis de la actitud colectiva española debe realizarse evidentemente, en dos direcciones: una actual y otra pretérita. El examen de la situación actual de los españoles, de las condiciones en las que se desenvuelve su vida "hiz et nunc", nos dará sólo una respuesta parcial. Ante muchas cuestiones el presente nos remitirá el pasado. Nadie puede pensar que las actitudes básicas de un pueblo se hacen y desha-

cen rápidamente. El Movimiento de Higiene Mental tiene siempre presente, incluso en sus cálculos más optimistas, la dificultad enorme de modificar una mentalidad, y esta dificultad estriba en que está demostrado para crearla se han requerido múltiples generaciones y muchas veces largos siglos. Ante la psicología de las colectividades neuróticas o no, debemos razonar en la misma forma, que hizo Freud ante las neurosis individuales: no bastan los factores actuales para explicarlas, hay que referirse a los pretéritos. Entre unos y otros existe una relación de complementación.

Veamos cual es el vivir de los españoles en la actualidad.

Si examinamos la trayectoria de la vida de nn español de nuestra época desde su cuna a su tumba, si la seguimos en las diversas etapas de su vida como colegial, como aprendiz o estudiante, eligiendo una profesión, eligiendo esposa, defendiendo su subsistencia propia y la de su familia, participando en la vida política y religiosa, en las situaciones de diversión, de amistad, de enfermedad, veremos que por el hecho de ser un español moderno tiene que enfrentarse con situaciones radicalmente nuevas que ponen a prueba su capacidad de adaptación. Ante ellas puede salir victorioso o fracasado en forma más o menos neurótica. Los trastornos que sufra el español de nuestra época en gran parte estarán condicionados por este factor del vivir moderno.

Los sociólogos y los economistas nos deben un análisis de la sociedad española actual en su conjunto. Lo que el etnólogo español Caro Baroja hizo en el pueblecito de Bujalance debería hacerse con agrupaciones humanas más complejas, y en la medida de lo posible, con el conjunto de la nación. Claro está que para esto se requiere técnicas de investigación social y estadísticas perfectas y costosas.

Aunque queda mucho por hacer, el análisis sociológico de España muestra que las dificultades específicas de nuestra época del vivir español, depende de dos grandes factores:

Uno, el tránsito de una sociedad agrícola a una sociedad industrial. El proceso de industrialización convierte a España en una sociedad evolutiva; como dicen los americanos, en una "society in transition". Los estilos de vida que el hombre español posee como miembro de una economía agraria, resultan profundamente inadecuados para un mundo regido por la economía industrial. El hombre del campo vivía inserto en unas tradiciones en una posición de aislamiento; el hombre de la gran industria es arrancado de su suelo y de sus tradiciones, se ve sometido a una masificación que le desindividualiza, se ve sometido a estímulos e influencias, v. gr. a consumir ciertos productos y ciertas ideologías a los que prácticamente no puede sustraerse. Agréguese a estos factores el de la condición subdesarrollada de nuestra economía. Esto implica que el español no ha alcanzado el nivel de vida que justifi-

cadamente le corresponde, y que vive agobiado por preocupaciones que le obligan a ciertos mecanismos defensivos, entre los cuales el principal es el de limitar sus aspiraciones a sus posibilidades. Así los pueblos con renta nacional baja tienen que considerar como lujos satisfactorios que otros países más ricos consideran imprescindibles; tal como hay que privarse de coche o de televisión hay que privarse de consumo médico, sobre todo psicoanalista.

Ahora bien; estos factores por mucho que los valoremos no pueden explicar más que una parte del problema. Gran parte de las dificultades, probablemente las mayores, que encuentra el español, hombre o mujer, niño, adulto o anciano, en sus procesos de adaptación deriva de la estructura de una mentalidad que los españoles hemos adquirido en el curso de los siglos. El investigador de las neurosis se encuentra aquí ante el problema complementario del anterior, que era el de España en su presente. Ahora debemos enfocar el problema español en su pretérito o en su Historia, y claro está que debemos realizar este análisis teniendo presente constantemente la cuestión fundamental de la capacidad o incapacidad de los españoles para el vivir moderno.

Digamos para empezar, que uno de los libros más importantes y más recientes que se han escrito sobre España lleva este título: "España, enigma histórico". Creo que este título es justificado y que España no sólo es un enigma histórico, sino también antropológico. Es una de las tareas más urgentes de los españoles la de entender nuestro pasado.

Esta empresa puede acelerarse si la visión de España vista por los españoles es completada por la de España vista por los extranjeros. Todavía hoy no se sienten los historiadores en condiciones de decir en qué grado el estilo de la Historia de España se aproxima al de los pueblos de Oriente y al de los pueblos de Occidente. Lo único que aparece seguro es su peculiaridad.

Para abordar el problema de la capacidad de la cultura española para la vida moderna, el mejor punto de partida nos parece ser la llamada "Polémica sobre la ciencia española", en la que participó el máximo historiador de la cultura española que jamás hayamos tenido. D. Marcelino Menéndez Pelayo. Se discutía si los españoles éramos o no aptos para la creación en el campo de las ciencias físico-naturales. Menéndez Pelayo, con su inconmensurable erudición, pudo citar algunas aportaciones de los españoles, pero no pudo desvirtuar la impresión de que el rendimiento de España había sido mínimo en comparación con el que habíamos alcanzado en otros sectores de la cultura.

La llamada "Generación del 98" — el año en que perdimos los últimos restos de nuestro imperio colonial, Cuba y Filipinas — volvió a

plantearse el problema, pero en forma más dolorosa y más profunda. Se preguntaron por el valor de la cultura, en conjunto, española. Surgieron aquí dos posiciones encontradas de dos grandes hombres, Ortega Gaset y Unamuno. La postura de Ortega quedó fijada en su libro "España invertebrada", que data de más de treinta años. Ortega había sido formado en Alemania siguiendo la tradición de germanofilia cultural que ya databa de los krausistas españoles. Sin duda era Alemania el país que más admiraba en su vasto horizonte cultural, en el que sólo se echaba de menos un mayor contacto con el mundo anglo-sajón. Tácitamente, en su libro compara constantemente España con Alemania. Al buscar la raiz histórica de las insuficiencias que él cree percibir en la vida española, le llamó la atención la ausencia de feudalismo, que él consideró como una creación específica de la cultura germana. Sostuvo Ortega la tesis peregrina de que los germanos que habían invadido España, los Visigodos, eran de calidad muy inferior a los francos que habían conquistado Francia; principalmente les superaban en capacidad de organización. Enjuiciada así, España parecía como una sub–Europa. Las páginas de Ortega sobre España son un máximo ejemplo de lo que alguien ha llamado "el amor amargo" hacia nuestro país. Un gran amor y una gran amargura, como la de un padre ante un hijo imperfecto.

La posición de Miguel de Unamuno respecto al problema español fué la radical antitesis. España no era inferior al resto de Europa, sino absolutamente diversa. Debía sentirse orgullosa de ello. Los españoles no habíamos venido al mundo para contribuir al progreso de la mecánica; jamás habíamos considerado que esta fuera nuestra misión histórica. La actitud de Unamuno en sus momentos más agudos culminó en el "slogan" "España contra Europa". Igualmente había dicho otra alma exaltada, Dostoiewky, "Rusia frente a Europa". El uno era partidario de la esclavización del mundo, el otro de su hispanización. La Misión cultural de España había sido, según Unamuno, junto con Kierkegaard, uno de los padres del existencialismo moderno, la exaltación del valor "Hombre".

Ni Ortega ni Unamuno eran historiadores sino filósofos, que habían enjuiciado el problema de España desde sus respectivos sistemas. Sin duda el punto de vista unamuniano de que la esencia de la cultura española debe buscarse no en un déficit sino en una peculiaridad, es decir, que la diferencia de España con otras culturas, no es de orden cuantitativo sino cualitativo, resultó frenado en manos de los historiadores que inevitablemente debían terciar con máximos derechos en esta discusión.

En época reciente han aparecido dos obras verdaderamente fundamentales para la interpretación de España: "España en su Historia" de Américo Castro y la citada de "España, enigma histórico" de Sánchez

Albornoz. Estos autores no coinciden en muchas cuestiones históricas. Así la tesis de Américo Castro de que la forma de vivir hispánica se inicia en 711 con la invasión árabe y que es producto de una simbiosis producida en los siete siglos de convivencia del arábigo, el hebreo y el cristiano, es impugnada por Sánchez Albornós, que atribuye a los españoles una idiosincracia permanente que imprimía su huella a los pueblos invasores. Así durante el Imperio Romano, los Emperadores españoles o los grandes escritores como Séneca, Marcial. Lucano, exhibían rasgos hispánicos. Asi mismo, el florecimiento cultural arábigo durante el Califato de Córdoba, momento culminante de la Edad Media, sin parangón con otros rendimientos culturales del mundo arábigo, es expresión del alma hispánica, e incluso la obra de los grandes escritores ibéricos, de la que más tarde derivaron Espinosa y Montaigne.

Dejando aparte estas diferencias, ambos historiadores, coinciden en reconocer que la cultura española tiene caracteres inconfundibles. A primera vista, este carácter da la razón a la teoría deficitaria. No sólo no se había dado en España una actividad científica intensa, sino que retrocediendo, es decir, faltan en la Historia de España instituciones que vertebran las grandes naciones de Occidente. Era comprensible que la inexistencia de estas estructuras básicas sugirieran el concepto de que España ha sido perpetuamente invertebrada y de que el estilo de vida de los españoles ha sido un "vivir desviviéndose" o sea un constante vivir muriendo, un agonizar en el sentido helénico y unamuniano del término. Ahora bien la identificación de estos rasgos negativos nos permitió progresar en la comprensión de España accediendo hacia el pasado se echaba de menos un Renacimiento, y retrocediendo a la Edad Media, una ausencia de burguesía y de feudalismo a sus caracteres positivos.

Esta aceptación por parte de los Españoles de la ausencia de ciertas dimensiones en nuestra cultura. podemos hacerla sin sentirnos ni humillados ni deprimidos. Si hay algo que está fuera de toda duda es que la cultura española figura, entre las más valiosas que ha creado la humanidad. Sabemos que ha sido extraordinariamente fecunda en el campo de las letras, de las artes, de la religión, de la política y de las armas. Dejando aparte a los creadores de la grandeza política y militar de España, nombres como Cervantes, Velásquez, Goya, Quevedo, Santa Teresa y San Juan de la Cruz, entre muchos otros, basta para elevar la cultura española a una categoría universal.

¿Cuáles fueron los rasgos constituídos de la forma de vida hispánica? Alcanzar una visión de estos rasgos sería extraordinariamente fecundo, puesto que iluminaría no sólo la cultura española, sino el área de Portugal y su prolongación en la América hispana y lusitana. A pesar de las diferencias específicas, mucho menores de lo que el orgullo

nacional de cada país le lleva a entender, evidencian rasgos comunes, demostrados por la moderna Antropología y Sociología. ¿En qué estructura humana convergían los españoles que aparecen en los cuadros del Greco, en los de Zurbarán, en los de Velázquez? ¿En qué coincidía Don Quijote con Sancho Panza? ¿En qué los "hidalgos" con los "pícaros", ¿Los místicos con los Inquisidores? ¿El Gran Capitán o el Duque de Alba o Hernán Cortés y Pizarro con Cervantes o con Quevedo o con Fray Luis de León: Si todos ellos acusan una idiosincrasia común ¿cuál puede ser ésta?

Para hallar la respuesta sigamos el ejemplo del Psicoanálisis, buscando la situación germinal, la cuna en la cual se forjó esta actitud hispánica. La mayoría de los historiadores coinciden en considerar que los siete siglos de la Reconquista fueron decisivos. Mientras que en otros países de Europa la guerra religiosa era del estilo de una cruzada y tuvo un carácter episódico que pudo repetirse y ser más o menos largo, en España fué un hecho permanente que imprimió un sello definitivo a la personalidad española. La forma de vida española fué una forma de vida combativa, militar pero impulsada siempre por un ideal religioso. La conquista de bienes terrenales quedaba siempre supeditada y subordinada a la finalidad religiosa. Así adquirió el español un estilo de vida entre bélico y religioso. En muchas almas la vida religiosa se emancipó de la bélica. Ahora bien; si la cruz se separó de la espada jamás la espada de la cruz, siempre el caballero español tenía que justificar sus acciones de armas por un impulso trascendente. Esto siguió ocurriendo terminada la Reconquista. Las dos grandes empresas que entonces tuvo que realizar España fueron la colonización de América concebida como una evangelización (jamás hicimos una guerra de exterminio a los indios), y la Contra–Reforma. A pesar de que ambas empresas eran gigantescas los españoles consiguieron triunfar en ellas hasta 1.600. La grandeza literaria y artística de España vino después.

¿Cómo eran psicológicamente los hombres que fueron protagonistas de estas empresas y en general de la cultura española? Eran los "hidalgos". A diferencia de los "gentlemen" británicos o del "honnete homme", el "hidalgo" no era capaz de evolucionar hacia una actividad comercial o industrial; les impedían no sólo manejar las máquinas sino el dinero. A España llegaron de América cantidades ingentes de metales preciosos; no se quedaron en nuestra patria, iban a las empresas de Flandes, de Alemania, de Italia. Lo que no supo jamás hacer fué fundar ningún establecimiento de Banca, ni una pequeña industria.

El "hidalgo" podía transformar en sentido ascendente o descendente, hacerse religioso e incluso místico, o caer en la picardía; lo que en cambio poseía una disminución artística acentuada. El "Doncel" de Sigüenza, que tanto impresionó a Ortega y Gasset, está acostado sobre

su tumba leyendo un libro; hoy sabemos que la unión entre las armas y las letras no era una excepción.

La fórmula de esta vida y de estos hombres sería según Castro "Vivir desviviéndose" formula sin duda típicamente unamuniana. No es probable que un pueblo hubiese podido subsistir, viviendo siempre en postura vital tan arriesgada. Ciertamente tenía que ser un vivir difícil el de los miembros de un pequeño reino en el finis terrae que habían conseguido dominar el mundo, pero cuando lo lograron es que debían poseer poderes especiales. Recordemos que una de las máximas características de estos hombres era el "sosiego" y todo esto asociado a la más alta tensión vital.

"Nadie contaba cuanta edad vivía
sino de qué manera; ni aun un hora
lograba sin afán su valentía".

nos dice Quevedo el máximo poeta hispánico.

Las fuerzas que defendía el equilibrio psíquico difícilmente conmovible del hidalgo eran principalmente tres. 1ª Su actitud ante la muerte. La vida no era menospreciada pero se sabía de muy inferior calidad a la vida del transmundo. Por esto el hidalgo no temía a la muerte, antes secretamente la amaba. En segundo lugar el hidalgo era estóico, es decir, poco sensible al dolor puesto que ya contaba con él. Una tercera fuerza era el sentimiento del honor. Era una satisfacción en las fronteras del narcisismo y decimos solo en las fronteras porque el honor en cuanto implicaba respeto a Dios, al Rey, y a la propia alma trascendía al individuo. Gracias a estas fuerzas no había adversidad a la que el hidalgo no pudiera hacer frente. En su mundo que como ha dicho Castro, era un mundo de valores personales, no de realidades objetivadas.

Este hidalgo era en la época histórica que le tocaba vivir un modelo, un "dechado" de salud mental. Claro está que existía la degeneración del tipo, las formas imperfectas y desviadas, el don donjuanismo, tanatofilia, por fascinación excesiva hacia la muerte tal como aparece en los cuadros de Valdés Leal, la soberbia española, de la cual Ortega ha hecho un estudio tan penetrante, el predominio del parecer sobre el ser, la crueldad, la intransigencia inquisitorial, etc.

Evidentemente el tipo de hidalgo no era de fácil encarnación, por esto en una novela de Palacio Valdés. escrita hace 60 años, tira al mar su escudo. En otras novelas de la misma época aparece el cansancio de la "casta de hidalgos". Claro está que jamás ha sido España un pueblo que se hubiese agotado en la creación de un solo tipo humano, pero este era el que daba tono a la época.

Volvamos ahora al tema de la neurosis. Creemos haber encontrado la raiz histórica de las dificultades de adaptación emocional del español de nuestra época. Son la persistencia y la supervivencia de una mentalidad que cumplió una misión histórica. El espíritu del hidalgo no podía permitirse ninguna flaqueza en el combate, asimismo el español de nuestra época se cree en el deber de ser duro e interpreta la neurosis como una flaqueza.

Por descender de hidalgos nos sentimos desplazados e inaptos en el vivir moderno y por esto sufrimos de neurosis. Pero por lo mismo que descendemos de hidalgos no queremos que conste y nos resistimos a aceptarla. Enmascaramos nuestro sufrimiento psíquico con "somatizaciones" e impregnamos de ambigüedades la relación médico—enfermo. Solo una intervención psicoterápica puede impedir la perpetuación de la neurosis.

La Posición de la Higiene Mental debe ser la de exigir la aceptación a la realidad. Esta es radicalmente distinta de la de siglos pasados. En virtud del fenómeno llamado "aceleración del ritmo histórico" las actitudes psicológicas vigentes en el pasado no pueden serlo en la actualidad. El hombre que ha creado nuevas máquinas, que va organizando el mundo según principios unificados aspirando a que no se produzca una tercera guerra mundial, este hombre tiene que inventarse, que crearse, además, una nueva psicología. Tampoco aquí el destino del hombre español puede diferir del resto del mundo. Si acaso España solo es una excepción porque tiene más camino que recorrer que otros pueblos. Hay más distancia de la mentalidad del hidalgo a la del hombre selecto de nuestra época, que la que separaba al gentleman o al honnete home. Pero esta distancia del estilo de vida antiguo al moderno debe superarse. No puede seguir siendo válida indefinidamente para definir nuestra nación la fórmula de la S. Kant en su Antropología. España es el país de los antepasados.

El Movimiento de Salud Mental halla en el problema de la rectificación de los caracteres nacionales un campo de acción de máxima importancia. Ahora bien, no debe pensarse que la transformación psicológica que deben realizar todos los miembros de nuestra cultura, en esta Era del átomo, deben llegar hasta borrar las diferencias nacionales. No es probable que la humanidad evolucione hacia la creación de un tipo homogéneo, no parece probable ni deseable. Ningún pueblo consentiría ni ganaría en renunciar a su personalidad aunque fuera para convertirse en ciudadanos del mundo. Se perdería la conciencia de la identidad a través del tiempo, fuerza psicológica positiva. a la cual la Federación ha consagrado profundos estudios en relación con el problema de la migración.

Para los españoles, perder las raíces con nuestro pasado, equivaldría a perder nuestra sustancia. Nuestra Aspiración es actuar como ciudadanos del mundo sin perder nuestra conciencia nacional.

En conclusión, hemos recorrido el panorama de los problemas de la Higiene Mental en España, desde la Asistencia Psiquiátrica hasta la transformación de la mentalidad española que se requiere para adaptarse a los tiempos nuevos. Todos estos problemas aparecen solubles para nuestras fuerzas con una sola condición la de que nos asista el espíritu de la Federación Mundial de la Salud Mental. Su sentido práctico, su sentido idealista y la conciencia de que todos los problemas de Salud Mental solo pueden enfocarse y resolverse en un espíritu de colaboración.

Estudios de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita*

Resultados de la Aplicación del Indice Médico de Cornell.

Por HUMBERTO ROTONDO, JAVIER MARIATEGUI
y CARLOS BAMBAREN VIGIL **

La investigación de la prevalencia de psicosis, neurosis, personalidades anormales, epilepsia y retraso mental en la población general ha de completarse con una averiguación acerca de los pequeños desórdenes emocionales, de las denominadas reacciones situacionales y aún de ciertos rasgos de la personalidad y actitudes que puedan engendrar dificultades o sufrimientos en las relaciones humanas. Si se procede de esa suerte, podremos disponer de una variada información acerca de lo que llamaremos las diversas zonas de patología emocional en la población que habita una determinada área geográfica. Un ideal sería, sin embargo, la obtención de información significativa que pudiera cuantificarse para poder apreciar luego su distribución en diferentes grupos de la colectividad estudiada.

Una apreciación de la morbilidad psiquiátrica, entendida así, ha de comenzar con una determinación de la frecuencia con que se hacen presentes los "hechos" mencionados, para proceder, en una segunda etapa, a su interpretación sobre la base de ciertas hipótesis de trabajo o formulaciones provisorias, que luego han de verificarse con todo rigor

* Investigación del Departamento de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima, Perú.

** Con la colaboración de José Matos Mar, Gustavo Saco, Pedro Aliaga Lindo, Carlos García Pacheco, Olga Degregori, Beatriz Pacheco e Hilda Gómez de la Torre.

y objetividad. De esta manera el estudio epidemiológico resulta altamente fructífero y puede ser el punto de partida para ulteriores investigaciones.

Nosotros hemos estudiado la morbilidad psiquiátrica de una población de Lima asentada en una zona urbana, tipo "slum": "Mendocita". No pretendemos generalizaciones valederas para todo tipo de población urbana y menos aún para una rural, dado que la estudiada tiene características especiales como brevemente ya señalamos en la formulación de nuestro proyecto. Esta zona no es, propiamente hablando, del tipo de la barriada marginal que ha descrito y delimitado José Mar "como un conglomerado social constituído por una población que invade terrenos baldíos, principalmente de propiedad del Estado y, en menor escala, de la Beneficencia Pública, de las Municipalidades o de propietarios particulares. Al realizar la invasión los particulares dividen el terreno en lotes de tamaño indiscriminado, se los reparten, construyen sus viviendas utilizando toda clase de materiales de construcción y su principal anhelo es ser considerados como propietarios del terreno...Este anhelo es el motor fundamental que mueve a toda esta gente y a la vez una fuerza tremenda de inseguridad que afecta la integración social de esta población. Como compensación la familia desempeña un papel fundamental de seguridad social que también cumplen las Asociaciones".

"Mendocita" es un barrio habitado casi en un 90% por simples inquilinos, casi todos obreros de escasos ingresos y que viven en condiciones de gran insalubridad con una enorme densidad de población por habitación.

"Ubicada en la parte céntrica del área urbana del distrito de La Victoria, la barriada de Mendocita está limitada por las avenidas Bolívar, al norte, e Isabel La Católica, al sur. Las viviendas de este agrupamiento se levantan sobre una superficie plana cuya constitución ha permitido que las dificultades de adecuación al relieve fueran mínimas en tanto que la adaptación al trazo urbano del distrito de La Victoria no ha podido ser logrado como se puede observar en el plano correspondiente.

La estructura arquitectónica de Mendocita, vista perpendicularmente, presenta el aspecto de un descomunal ciempiés cuyo cuerpo lo constituye un gran pasadizo central, a manera de calle, hacia el cual confluyen, por ambos lados, una serie de angostos callejones que semejan las numerosas patas de ese animal. Lo que destaca notoriamente en la barriada, es la ausencia de un trazo regular, planificado: los estrechos y mal logrados departamentos parecen haber sido construídos respondiendo a una necesidad apremiante que, obligando a desechar toda

otra consideración, ha hecho concebir las viviendas con un tan excluyente como pobre criterio utilitario cuyo fruto es la irregularidad desconcertante de la barriada en la que a pesar de los tantos que la forman no pueden encontrarse dos callejones más o menos iguales.

El piso, tanto del pasadizo central, como de los callejones y las viviendas, son únicamente de tierra apisonada. El 90% de las casas están construídas de adobes; hay algunas de ladrillos y otras de material inflamable como esteras, carrizos, maderas, etc.

Existe una gran cantidad de pequeños establecimientos comerciales en los que se expenden artículos de primera necesidad y comestibles. También hay lugares en el pasadizo central donde las "vivanderas" venden alimentos preparados; existen talleres de modistas, sastres, zapateros, etc. Para el aprovisionamiento de agua sólo cuentan con un pilón común, para todos los pobladores, que está ubicado en la salida del pasadizo central que da a la avenida Bolívar; ninguna vivienda posee servico de desagüe entroncado a la red urbana de tal servicio. El 18 o 20% de las viviendas cuenta con instalación de luz eléctrica habiendo algunos pobladores que utilizan el fluído para el funcionamiento de aparatos receptores de radio. La falta de servicio de desagüe es uno de los problemas mas penosos de esta barriada pues ocasiona que las aguas excretas sean arrojadas al pasadizo central el cual, por dicho motivo, se encuentra siempre en estado fangoso, sino totalmente, por lo menos en parte. En estas condiciones, para los pobladores es inevitable la utilización de los lugares más o menos ocultos, tanto de la barriada como de las inmediaciones, existiendo una "muralla" para tal fin en la avenida Isabel La Católica".

„La mayor parte de sus habitantes desea salir del barrio, muchos temen un desalojo por razones de la prolongación y rectificación de calles pero no todos pueden encontrar, fuera del mismo, alojamiento a la medida de sus posibilidades económicas. Existen grandes tensiones en la población, grandes distancias psicológicas entre los diferentes núcleos de provincianos y limeños, sentimientos de verguenza debido al hecho de morar en esa zona de tugurios y, claramente, para todo observador, una "atmósfera" muy difundida de inseguridad.

Sin entrar en detalles acerca de la composición de la población, de lo que daremos cuenta posteriormente, adelantaremos que una proporción elevada, más del cincuenta por ciento, está constituída por personas procedentes de provincias, tanto de la Costa como de la Sierra. Este hecho singular plantea la conveniencia de un conocimiento de sus reacciones emocionales menores al lado de los desórdenes de mayor monta, a fin de establecer relaciones con diversos factores socio-culturales, entre ellos los vinculado al proceso de urbanización.

Una primera etapa de nuestro estudio directo consistió, pues,

en una investigación de morbilidad psiquiátrica de tipo censal. El examen directo de toda la población o de una muestra apreciable era sumamente complicado dado el volumen de la misma puesto que habría exigido el examen personal de todos y cada uno de sus integrantes. Sabemos de los problemas derivados del simple despistaje de casos sospechosos de patología emocional o psíquica, ya que la simple categorización diagnóstica de un caso como presunta psicosis o neurosis no tiene valor en un estudio epidemiológico serio, a menos de ser utilizado el dato para delimitación y especificación posteriores. Así, de nada vale, como destaca Paul V. Lemkau, incluir dentro del rubro enfermedad mental: "senilidad, parálisis general, esquizofrenia, delirio y estados de angustia" o, como se hace a menudo, contentarse con denominar simplemente "neurosis" o "psiconeurosis" a toda una variedad de trastornos que van de la neurosis de angustia a las diversas formas de reacción histérica, a la neurosis obsesiva, etc.

Se plantea el problema de la mayor o menor intensidad de la investigación censal: una simple distribución de cuestionarios para ser llenados por los probandos proporciona menos información y es menos valedera, aún en el caso del mayor rigor en su formulación, que cuando se aplica en forma personal por el encuestista que tiene oportunidad de aclarar, de obtener una información complementaria y de observar las reacciones personales durante su administración. Un cuestionario, en fin, suministra menos información que una entrevista, pero, cuando ambos procedimientos se combinan se halla mayor proporción de casos patológicos y se obtiene una información complementaria sistemática.

En las investigaciones de Thomas C. Rennie y colaboradores en una área central de la ciudad de New York, y en la de A. Leighton y colaboradores en un pequeño pueblo de Nova Scotia (Canadá), se ha combinado el método de los cuestionarios con el examen directo de una considerable muestra de esas poblaciones con todas las ventajas de una información sistemática sobre la frecuencia de la sintomatología psiquiátrica, grado de incapacidad y datos diversos de naturaleza socio-cultural.

El método del censo empleado en nuestro estudio, a diferencia de los procedimientos indirectos de las diversas referencias, permite un contacto personal, afinándose de esta manera el diagnóstico. Los datos que así conseguimos se refieren a una determinada fecha o época aunque también hemos obtenido información, del mismo sujeto o de familiares, en relación a trastornos que tuvieron lugar en otra época, o a fases, brotes o accesos anteriores, en el caso de desórdenes periódicos o intermitentes (fases maniaco-depresivas, brotes esquizofrénicos, accesos epilépticos, etc).

Como ya hemos mencionado en estudios epidemiológicos que se efectúan en grandes grupos humanos surge la dificultad del examen directo de toda la población o de una muestra considerable de la misma. Esta dificultad podría salvarse si se dispusiera de un método de despistaje de los casos con patología emocional significativa que pudieran, luego, estudiarse de una manera intensiva para hacer los correspondientes diagnósticos específicos. Nosotros nos hemos valido del cuestionario denominado Indice Médico de Cornell para esta suerte de despistaje o 'screening". Este procedimiento, de valor para la ubicación de los casos patológicos, ha comprobado su efectividad en diversos medios (militares, hospitalarios, industriales) y, como veremos en la parte metodológica, tiene una correlación positiva elevada con los datos del examen clínico. El Indice Médico de Cornell puede proporcionar datos de interés acerca de importantes síntomas somáticos, psicosomáticos y psíquicos que, inclusive, pueden cuantificarse y utilizarse con fines comparativos. Para el propósito de descubrir los casos patológicos, son útiles muchas preguntas, que al ser contestadas afirmativamente indican definidos trastornos emocionales y somáticos. Asimismo, pueden obtenerse ciertos valores cuantitativos por encima de los cuales se ha de sospechar con mucha probabilidad y, luego puede comprobarse, patología emocional significativa.

La aplicación del Indice Médico de Cornell nos ha permitido, pues, obviar las dificultades de un examen individual mediante la técnica de la entrevista en todos y cada uno de los integrantes de la muestra de pobladores de Mendocita, limitándonos a hacerlo en aquellos casos sospechosos o positivos que reveló la citada prueba.

En el presente estudio nos limitamos a comunicar los datos obtenidos de la aplicación del I.M.C. y a mostrar la importancia de su empleo en la etapa preliminar de una investigación epidemiológica psiquiátrica en grandes poblaciones.

Datos generales de la población de Mendocita.

El total de habitantes de Mendocita es de 4,911, de acuerdo al censo dirigido por el Dr. José Matos Mar (Instituto de Etnología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos) llevado a cabo en Noviembre de 1956.

CUADRO Nº 1

Distribución de los pobladores por sexos y grupos de edad.

Edad en años	Hombres	Mujeres	Total
1	94	108	202.—
2	103	78	181.—
3	103	105	208.—
4	89	81	170.—
5 a9	338	319	657.—
10 a 13	202	211	413.—
14	49	44	93.—
15	40	56	96.—
16 a 19	213	193	406.—
20	61	53	114.—
21 a 24	278	184	462.—
25 a 29	254	218	472.—
30 a 34	193	142	335.—
35 a 39	150	136	286.—
40 a 44	106	85	191.—
45 a 49	61	70	131.—
50 a 54	60	48	108.—
55 a 59	32	39	71.—
60 a 64	20	18	38.—
65 a 69	13	14	27.—
70 a 74	5	9	14.—
75 a 79	2	7	9.—
80 a 84	4	—	4.—
85 a 89	—	2	2.—
90 a 94	—	2	2.—
Ignor.	112	107	219.—
TOTALES	2,582	2,329	4,911

La distribución de los pobladores por sexos y grupos de edades muestra un ligero predominio de varones y una gran mayoría de habitantes jóvenes, tanto masculinos como femeninos.

CUADRO Nº 2

Distribución por sexos y estado civil.

	Conviv. y Casados	Solteros	Padres Solteros	Divorciados	Viudos	Ign.
Hombres	782	621	4	2	44	6
Mujeres	756	394	47	2	121	1
TOTAL	1,538	1,015	51	4	165	7

En cuanto al estado civil de la población observamos un predominio del grupo de los casados y convivientes. Se advierte, además, una alta proporción de viudos con preponderancia de los de sexo femenino.

CUADRO Nº 3

Distribución de los pobladores según el lugar de nacimiento.

Lugares de Nacimiento	Número	Lugares de Nacimiento	Número
Lima	2,470	Puno	69
La Libertad	307	Piura	62
Ica	240	Pasco	50
Ancash	175	Huánuco	49
Ayacucho	162	Callao	36
Junín	151	San Martín	13
Apurímac	146	Tumbes	12
Lambayeque	127	Moquegua	8
Cajamarca	115	Madre de Dios	6
Arequipa	96	Loreto	5
Cusco	80	Amazonas	5
Huancavelica	74	Tacna	4
Extranjeros	7	Ignorados	445

El barrio está poblado por personas procedentes de diferentes lugares del Perú. Su población, sumamente heterogénea, muestra un mayor número de nativos del Departamento de Lima, incluyendo el área metropolitana. Nótese sin embargo, que más del 50% de la po-

blación proviene de provincias, y de ésta más del 25% de departamentos exclusivamente serranos..

Esta población está constituída, casi en su totalidad, por inquilinos o arrendatarios, que pagan una bajísima merced conductiva. El barrio se halla integrado por 68 lotes cuyos propietarios, en gran mayoría residen fuera del mismo.

En lo que se refiere a ocupación casi todos sus habitantes masculinos y adultos pertenecen al grupo de los obreros no calificados y algunos a diversos servicios o se dedican al pequeño comercio ambulante, dentro y fuera del barrio.

La población censada está distribuída en 1,016 grupos domésticos. Se entiende por grupo doméstico (household) al conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, sean o no miembros de una familia. José Matos ha intentado una clasificación de estos grupos domésticos en: matrimonios, familias nucleares, familias incompletas, familias agregadas y grupos heterogéneos, aparte del constituído por aquellos que viven solos. Los criterios a que corresponde la clasificación, son los siguientes: 1. Matrimonios: dos personas de distinto sexo que hacen vida marital, casados o convivientes, sin descendencia; también se incluye en este conjunto a los matrimonios con servidumbre. 2.— Familias nucleares, compuestas básicamente por el padre, la madre y los hijos comunes de ambos, biológicos o adoptivos. En nuestro análisis incluímos también en esta categoría a las familias que cuentan con hijastros del padre o de la madre, tengan o no hijos comunes. 3.— Familias incompletas: se han considerado asi a aquellas en las cuales existe relación entre un progenitor e hijos, y en cuya casa pueden residir otros parientes. 4.— Familias agregadas o sea aquellas constituídas por una familia nuclear que sirve de base, junto a la cual viven otros parientes; también se consideran en esta categoría a los matrimonios en cuya casa viven otros parientes. 5.— Grupos heterogéneos: los constituídos por parientes —entre los cuales no se dan relaciones matrimoniales y filiales —o amigos.

Estos 1,016 grupos domésticos, de acuerdo al censo, están formados por 444 familias nucleares, 238 familias agregadas, 166 incompletas, 76 grupos heterogéneos, 49 matrimonios y 43 personas que viven solas.

Salta a la vista la elevada proporción de familias nucleares, 43.7%, en tanto que las agregadas constituyen el 23.4%, las incompletas el 16.3%, los grupos heterogéneos el 7.4%, los matrimonios el 4.8% y los "solitarios" el 4.2%

Esta población está asentada en 9.46 hectáreas, lo que da la altísima densidad de 519 habitantes por hectárea, mucho más elevada que la correspondiente al área urbana de Lima (144.3 habitantes por

hectárea)y a las de las barriadas, en general (233.9 habitantes por hectárea).

MATERIAL

En vista del interés de relacionar los resultados de la aplicación del Indice Médico de Cornell con los diferentes tipos de grupos domésticos, procedimos a la obtención de una muestra proporcional al de éstos en la población general. Esta muestra incluye un 15% de los diferentes grupos domésticos, o sea: 8 matrimonios, 67 familias nucleares, 25 familias incompletas, 28 familias agregadas, 12 grupos heterogéneos y 7 solitarios, procurando, en cuanto fuere posible obtener datos tanto de los integrantes de sexo masculino cuanto del femenino.

CUADRO Nº 4

Composición de la población — muestra.

Grupos domésticos		Nº de grupos	Número de probandos Total	Masculinos	Femeninos
Matrimonios	(M)	8	14	8	6
Solitarios	(S)	7	7	6	1
Incompletos	(I)	25	26	9	17
Heterogéneos	(H)	12	16	10	6
Agregados	(A)	28	48	27	21
Nucleares	(N)	67	128	64	64
TOTALES		147	239	124	115

En lo referente al nivel de instrucción, la mayoría de los probandos ostentaba grado elemental. Así, el 75% solamente había cursado instrucción primaria en forma completa o parcial y el 13% eran analfabetos. Los restantes (12%) habían llegado a instrucción media y sólo un sujeto declaró cursar estudios superiores.

De acuerdo con los datos obtenidos, 29% de los sujetos investigados eran obreros, 10% empleados y 6.5% artesanos. De las 115 mujeres, 91 estaban dedicadas a los quehaceres domésticos, representando este grupo 38% del total de la muestra.

En el cuadro Nº 5 es consigna el lugar de nacimiento de los integrantes de la población estudiada.

CUADRO Nº 5

Distribución de la población–muestra según el lugar de origen

	Matrimonios	Solitarios	Incompletos	Heterogeneos	Agregados	Nucleares	TOTAL
Lima y Callao	3	3	7	3	4	27	47
Dpto. de Lima			2	2	5	24	33
Tumbes							0
Piura	1		1	2	2	1	7
Lambayeque		1	1	1		5	8
La Libertad		1	2		6	19	28
Ancash	2		4		5	11	22
Ica	1		1		1	10	13
Arequipa	2		1	1	3	3	10
Moquegua							0
Tacna						1	1
Cajamarca	2			1	2	8	13
Huánuco			1	1		4	6
Pasco		1	1			1	3
Junín				1		1	2
Huancavelica	1		1		2	1	5
Ayacucho	1		4	2	6	6	19
Apurímac				2	3	2	7
Cusco					3		3
Puno	1				4	1	6
Amazonas						1	1
San Martín					1	1	2
Loreto							0
Madre de Dios							0
Arica		1			1		1
Tarapacá					1		1
Iquique						1	1
Sin datos						1	1

Si expresamos en cifras absolutas y porcentuales los datos del

cuadro anterior, pero teniendo en cuenta únicamente las tres grandes regiones del Perú, la distribución sería:

Costa:	134	(56.07%)	Costa	Lima:	45	(18.82%)
Sierra:	103	(43.09%)		Otros:	89	(37.23%)
Montaña:	2	(0.80%)				

METODO

En la población muestra hemos aplicado el "Indice Médico de Cornell". La investigación tuvo lugar desde el mes de Diciembre de 1957 a Marzo de 1958, aplicándose el cuestionario en forma individual, leyéndose las preguntas a los sujetos y procediéndose a su aclaración cuando fué necesario.

El cuestionario de Salud — Indice Médico de Cornell (I.M.C.) sirve como una historia médica de tipo integral que permite una exploración sistemática tanto de la salud física como de la emocional. Contiene 195 preguntas a las que se debe responder meramente con un "si" o con un "no". Existen dos formas, una para varones y otra para mujeres.

Consta el I.M.C. de 18 secciones (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q y R). Las secciones de A a L, inclusive, se refieren, predominantemente a síntomas somáticos y psicosomáticos, y las de M a R, inclusive, comprenden preguntas destinadas a indagar acerca del estado emocional y de algunas actitudes interpersonales. Veamos en detalle lo que comprenden.

Sección A Ojos y Oídos
„ B Sistema respiratorio
„ C „ cardiovascular
„ D Tracto digestivo
„ E Sistema musculo esquelético
„ F Piel
„ G Sistema nervioso
„ H „ génito-urinario
„ I Fatigabilidad
Sección J Frecuencia de enfermedades (actitudes, etc)
„ K Enfermedades varias
„ L Hábitos
„ M Inadecuación
„ N Depresión
„ O Ansiedad
„ P Susceptibilidad
„ Q Cólera
„ R Tensión

El Indice Médico de Cornell permite una evaluación apropiada

de la severidad de una perturbación o desorden emocional. Se sospecha un serio desorden cuando el número de respuestas "si" es más de 25. Más de 3 respuestas "si" en las secciones M a R, inclusive sugiere una perturbación psicológica, así como 3 o más respuestas "si" en las secciones I y J. Cuando una perturbación emocional se manifiesta por quejas somáticas, las respuestas ',si" en las secciones A-L son numerosas y se refieren a diversos sistemas y aparatos, en cambio cuando se manifiesta con alteraciones de la afectividad, de las actitudes emocionales hay respuestas "si" en las secciones M-R.

RESULTADOS

1) **Trastornos Psíquicos y Psicosomáticos.**

En este trabajo analizamos en forma pormenorizada algunas respuestas obtenidas de la aplicación del Indice Médico de Cornell, comenzando por aquellas que denotan alteración psíquica o emocional y trastornos psicosomáticos.

a). **Inadecuación en las relaciones interpersonales y en las situaciones de "stress".** Exponemos a continuación todo un conjunto de respuestas positivas en el I.M.C. que tienen como denominador común el de revelar inadecuación en las relaciones interpersonales, por ejemplo: ansiedad social, desorganización en el pensamiento y en la acción, dependencia, incapacidad para actuar con seguridad en ambientes extraños, etc. A la pregunta 145 (¿Suda Ud. o tiembla mucho durante un examen o interrogatorio) respondió el 26.6% de la población-muestra. Llama la atención que ¼ de la población declare que cuando es sometida a prueba manifiesten síntomas que, inequivocadamente corresponden a ansiedad Debemos recordar que la reacción ansiosa es producto principalmente tanto de un factor de tolerancia a las pruebas o dificultades cuanto de la intensidad de las condiciones que representan una amenaza a los valores fundamentales del individuo.

La pregunta 146 (¿Se pone Ud. nervioso y tiembla cuando se le acerca su jefe?) fué contestada positivamente por 25.9% de la población–muestra. Merecería considerarse quizás, para comprender mejor esta reacción, los sentimientos o actitudes de estos pobladores hacia las figuras en posición de autoridad puesto que reacciones de este tipo no son raras cuando existe ambivalencia afectiva hacía ellas.

La pregunta 147 (¿Se le descompone todo su trabajo cuando lo está observando su jefe?) obtuvo un 23.4% de respuestas afirmativas en la población–muestra. Recuérdese que se trata de una población adulta, para poder adentrarnos en la posible significación de esta desorganización fácil cuando se es observado y controlado. Tanto las

respuestas a las preguntas 145 como a las 146 y 147 denotan una desorganización bastante extendida en la población, a todo lo que es prueba y, además, posibilidad de crítica.

La pregunta 148 (¿Se confunden sus pensamientos cuando tiene que hacer algo con rapidez?) interesantemente obtuvo respuesta positiva en el 51.04%. Esto quizás signifique que el "tiempo" psíquico de los integrantes de esta muestra, no se adecúe a la actividad llevada a cabo bajo urgencia. La pregunta 150 (¿Entiende Ud. siempre mal las instrucciones y órdenes que se le dan?) obtuvo un 22.1% de respuestas afirmativas de la población–muestra. No debemos olvidar el escaso dominio del castellano y la reciente familiaridad con muchos hechos de la cultura local por los componentes de esta muestra.

En lo que se refiere a la pregunta 151 (¿Siente usted miedo de personas y sitios extraños?) un 40.1% de la población–muestra respondió afirmativamente. De los 96 que respondieron afirmativamente a esta pregunta 32 son varones y 64 mujeres o sea el 33.3% y 66.6%, respectivamente. Esto estaría indicando, en general, una mayor medrosidad en las mujeres. Analizando las respuestas en función de la procedencia vemos que el 40.6% de los sujetos provienen de la Sierra, (40s) 35.3% de la Costa (34s) y 22.9% de Lima (2 s), pero si tenemos en cuenta a la procedencia según el sexo vemos que entre los 32 varones: 17 eran serranos, 10 costeños y sólo 5 de Lima, o sea el 53.1%, 31.2% y 15.6%. Estos pormenores nos revelan una mayor prevalencia de miedo a los extraños entre los varones procedentes de la Sierra

Para la pregunta 152 (¿Siente miedo de estar solo cuando no hay amigos cerca de Ud?) se registró un porcentaje de 36.8%. No hay que olvidar que muchos de estos pobladores, particularmente de los provincianos, tienen sus amigos fuera de la barriada y tienden a reunirse entre coterráneos. El indio desconfía del negro, éste se burla de aquél, pudiendo aseverarse que es más frecuente la percepción del extraño que del amigo o del integrante del mismo grupo: el aislado, psicológicamente hablando, propende con más frecuencia a sentirse amenazado y los demás resultan "ellos", "los otros", gente con respecto a la que se sienten ajenos. Estas tendencias disociantes operan fuertemente en el área de Mendocita y quizás, en parte, expliquen el fracaso de algunos intentos de organización de la colectividad de esa zona.

Un porcentaje de 36.4% respondió afirmativamente a la pregunta 153 (¿Le cuesta trabajo tomar una decisión?). De los que respondieron afirmativamente, 49 fueron del sexo femenino (56.3%) y 38 del masculino (43.6%). Sumando 28 costeños y 36 serranos tenemos un conjunto de 64 inmigrantes a la capital que constituyen un 73.6% del

total que contestó positivamente frente a 23 limeños o sea 26.4% de ese total. La dificultad de tomar una decisión, tan extendida en esta población, mueve a pensar en una cierta desorientación valorativa y no a suponer que estemos frente a un conjunto de indecisos por simple defecto de personalidad. Recuérdese, en relación a lo enunciado, que más del 60% de la población analizada está constituída por inmigrados provincianos en proceso de "adaptación" o de "ajuste" al medio urbano de la capital, o sea tratando de orientarse, de discriminar entre lo que es y no es aceptado en el nuevo medio.

Pero no debemos descartar del todo la hipótesis de una indecisión motivada por la necesidad, no siempre satisfecha, de tener cerca a alguien que tome la decisión, dé el consejo, señale el camino a seguir, una suerte de "protector y consejero mágico", que descargue de las responsabilidades y dolores de una decisión personal e independiente, ésto probablemente vinculado a un asunto de dependencia infantil no resuelto.

La pregunta 154 (¿Quisiera Ud. tener siempre cerca a alguien que lo aconseje?) arrojó un 54.8% de respuestas afirmativas. Estas respuestas denotan a todas luces una necesidad de dependencia, o sea la búsqueda de una figura significativa que guíe, aconseje y proteja. Sin embargo estamos frente a una población de adultos, muchos de los cuales han dejado su tierra natal en procura de una mejor vida. ¿Es éste es un rasgo de la personalidad básica, o sea de índole cultural? ¿Podemos decir que se trata de una población con una reducida madurez emocional?. Por el momento no estamos en condiciones sino de señalar este hecho, aunque es de sospechar que gravitan preponderantemente posibles factores culturales.

Esta misma población, a la vez, sostiene que "no espera nada de nadie". Este hecho singular plantea una legítima ambivalencia en relación a la dependencia y por consiguiente un conflicto probablemente causa de mayor ansiedad. Si pudiéramos hablar de áreas de conflicto en la población estudiada diríamos que una amplia es la condicionada por la expectativa de ayuda y por el sentimiento de no poder obtenerla.

b). **Depresión.** Como bien se sabe en la sección N se exponen síntomas de tipo depresivo, 17.1% de la población estudiada respondió afirmativamente a la pregunta 157 (¿Se siente Ud. solo y triste en una fiesta?); ahora bien, la incapacidad de alegrarse en ambiente festivo, de participar en la alegría colectiva, es acompañamiento de depresión del ánimo. Es cierto que ocasionalmente personas normales, bajo la acción de una emoción de tristeza circunstancial, pueden presentar las manifestaciones señaladas, pero en nuestra población– muestra, se acompañan de todo un cortejo sintomático de clara filiación depresiva. Así, 28.4% de la población "se siente generalmente triste y deprimida" (pregunta

Nº 158) y las respuestas afirmativas, inclusive aumentan, aunque discretamente cuando se les hace la pregunta casi equivalente y más expresiva "¿Se siente Ud. siempre desanimado y melancólico?" (pregunta Nº 160), en cuyo caso se llega hasta el 31.3%.

Analizando la composición de la población que respondió afirmativamente a la pregunta 160, encontramos a 15 nativos de Lima, 23 de la Costa y 37 de la Sierra, o sea el 20%, 30% y 49.3%, respectivamente. En lo que atañe al sexo dentro de ese conjunto, el 34.6% pertenece al sexo masculino y 65.3% al femenino, pero interesantemente entre los 37 serranos que contestaron positivamente, hubo 16 varones y 21 mujeres, o sea el 43.2% y 56.7%, en tanto que sólo hubo 3 varones y 12 mujeres entre los limeños y 7 varones y 16 mujeres entre los costeños. Salta a la vista la mayor prevalencia de este síntoma fundamental depresivo en la población procedente de la Sierra, siendo en ella afectados casi en la misma proporción varones y mujeres.

El llanto frecuente, que hemos podido observar en las entrevistas para la aplicación de este Cuestionario, es positivo en 21.2% de los sujetos estudiados. La existencia en la población de un verdadero sindrome depresivo "mitis" se halla, de otro lado corroborado por la frecuente disposición pesimista con respecto al futuro: el 24.2% de la población manifiestan sentir que "no tienen esperanzas en la vida" (pregunta 161). Es de señalar que en ciertos grupos domésticos, el de los "incompletos" y "heterogéneos", este porcentaje alcanza hasta un 50% y 43.7% respectivamente.

Existe, por así decirlo, una forma normal, biológica, de responder con depresión cuando el organismo se ve expuesto a continuos fracasos y cuando sus satisfacciones no están dentro del nivel de sus aspiraciones. Esta misma población, como hemos podido comprobar a través de entrevistas y de la aplicación de otros cuestionarios, no obtiene el mínimo necesario para su subsistencia y lamenta no haber alcanzado la seguridad y el bienestar elementales. No entramos en una discusión de otras posibles conexiones del estado depresivo tan extendido en la población estudiada, pero debemos, destacar que ese estado de desánimo se asocia significativamente a irritabilidad, mal humor, signos inequívocos, en muchos casos, de frustración en la satisfacción de las más elementales necesidades. No podemos pensar ahora con mucho fundamento, de que la población reacciona fundamentalmente en forma depresiva porque un rasgo común de ella sea la pasividad y que, por eso, ocurra una reversión sobre el sujeto de reacciones agresivas. En todo caso, en nuestra población, esta reversión sería incompleta.

En relación al problema que discutimos de un probable factor de pasividad como rasgo cultural de la personalidad de la población-muestra, cabe mencionar que, de acuerdo a estadísticas sobre incidencia de

suicidio e intento de suicidio en la población de Mendocita en el curso de 5 años (1952-1956) —datos proporcionados por la Sección Estadística de la Dirección General de la Guardia Civil y Policía—, sólo 4 personas intentaron suicidarse y ninguna llegó a consumar este intento, con la singular característica que los que pretendieron suicidarse eran nacidos en Lima. En nuestra investigación presente tuvimos que 17.6% de la población–muestra albergaba ideas suicidas, o sea, "deseaban a veces verse muertos para terminar todos sus problemas" (pregunta 162).

c). **Ansiedad y tensión.** Nosotros analizamos bajo este rubro todo un conjunto de síntomas, en último término, expresión de ansiedad, pues los síntomas acerca de los que se averigua en la seccción "tensión" del I.M.C. corresponden a las manifestaciones obviamente ansiosas (por ejemplo, ensueños terroríficos, temblores, hiperestesia sensorial, etc).

A la pregunta 163 (¿Está Ud. siempre preocupado, intranquilo?) respondieron afirmativamente 44.2% de los sujetos estudiados. La preocupación o sea el verse limitado por un solo tema recurrente de situaciones difíciles, de posibles males para los propios y uno mismo, denota una carga ansiosa. Esta cifra elevada se asocia a otras semejantes, como por ejemplo, la obtenida de la aplicación de la pregunta 166 (¿Es Ud. considerado una persona nerviosa?), la que arrojó un 30.5%. La pregunta 189 (¿Salta Ud. o tiembla mucho al oir un ruido inesperadamente?), dió 35.9%. La pregunta 190 (¿Tiembla Ud. o se asusta cuando alguien le grita?), proporcionó 34.7%. La pregunta 192 (¿Se despierta Ud. a menudo por haber estado soñando con cosas que le asustan?), dió 39.3%. La pregunta 194 (¿Le da a Ud. miedo a menudo sin razón alguna?), fué respondida por 14.6%, y la 195 (¿Le da a Ud. a menudo un sudor frío?), por 16.3%. Esta frecuencia para siete formas de síntomas ansiosos, y no sólo de uno, prueba la existencia, en esta población urbana, de todo un conjunto sintomático indicador de profunda inseguridad. La incertidumbre respecto del futuro, el no poder salir de una situación preñada de dificultades de todo género, son experiencias comunes entre los pobladores de Mendocita. Viven descontentos de las condiciones de habitación, sin poder superar estas dificultades y, de otro lado, sienten la amenaza constante de un probable desalojo por razones de urbanización, sin que vean salida constructiva. Entre los llegados de provincias no dejan de haber quienes no pueden regresar a su lugar de origen porque ahí carecen de tierras o han perdido contactos humanos y en Lima no han encontrado lo que esperaban. Guardando todas las diferencias, se puede establecer un cierto parecido de estas situaciones con las de algunas provocadas por el hombre en animales en que éstos se encuentran impedidos de salir de una situación que les ocasiona dolor y en la que todo es signo de su probable repetición.

A la pregunta 165 (¿Afecta cualquier cosa sus nervios y los desgastan, debilitan?), respondieron afirmativamente 28.8% de los integrantes de la muestra. Esta pregunta indaga no sólo sobre la reacción ansiosa inmediata sino acerca de ese estado residual de fatiga que es la resultante de la excitación mantenida durante un tiempo por parte del sistema nervioso y que, a menudo, es base para que se comience a manifestar una ansiedad secundaria, una preocupación por dichas manifestaciones iniciales.

Un 21.7% respondieron afirmativamente a la pregunta 188 (¿Está Ud. siempre excitado y nervioso?), lo que es de suma importancia dado que en esta pregunta se incide en la averiguación de lo que puede llamarse una ansiedad permanente e indicaría, probablemente, la prevalencia de psiconeurosis en el área que estudiamos.

Un estudio de dichas respuestas atendiendo al sexo de los probandos, arroja un 35.8% de varones y 64.1% de mujeres. Curiosamente sólo 1 varón de la capital contestó afirmativamente al lado de 7 costeños y 11 serranos frente a 12 mujeres limeñas, 8 costeñas y 14 serranas. Atendiendo al lugar de procedencia tenemos, pues, 13 de Lima (24.5%), 15 costeños (28.3%) y 25 serranos (47.1%) En síntesis, se advierte más ansiedad del tipo de la ansiedad permanente, entre los inmigrantes provincianos, pero si con un predominio de aquellos procedentes de las provincias andinas o serranas.

Paul Lemkau, Christopher Tietze y Marcia Cooper, sobre la base de un estudio epidemiológico en el Eastern Health District de Baltimore, han llegado a la conclusión que el grupo de casos que dijeron ser "nerviosos" o que fueron calificados de tales, eran similares, en muchos aspectos denominados neuróticos. Aquellos casos referidos en su "survey" como nerviosos, fueron siempre diagnosticados como neuróticos. Es cierto que algunos psicóticos pueden presentar quejas de nerviosidad pero una vez excluídos de la muestra los restantes caen dentro del grupo de los neuróticos. Nosotros estamos en el proceso de esclarecer los diagnósticos clínicos no sólo de aquellos que respondieron afirmativamente a la pregunta 188, sino también de aquellos que respondieron positivamente a la pregunta 166 (¿Es Ud. considerado una persona nerviosa?) cuyo número alcanza a 73 o sea un 30.5%.

28.1% respondió afirmativamente a la pregunta 193 (¿No puede Ud. quitarse de la mente pensamientos que le causan miedo?), la que, como está formulada, permite sólo una exploración global sobre fenómenos repetitivos asociados a ansiedad, desde la simple preocupación ansiosa a la idea obsesiva y la fobia.

d) **Susceptibilidad**. Manifestaron timidez, dificultad para relacionarse con facilidad a la vez que susceptibilidad, un 32.4% de la población

muestra. Esta cifra se eleva cuando específicamente, se hacen preguntas como la 174 (¿Se ofende Ud. con facilidad?) en que se alcanza hasta el 50.2%, lo que denota evidentemente una escasa tolerancia a la crítica a la par que inseguridad en el trato con los demás. Cuando se especifica más todavía, como en la pregunta 175 (¿Le molesta a Ud. siempre que lo critiquen?) se obtiene un 64.8% de respuestas afirmativas, indicadoras de la amplia distribución de un rasgo de susceptibilidad en esta muestra.

La susceptibilidad es evidentemente defensiva y se relaciona con la posibilidad de quedar expuesto o mal colocado ante los ojos de los demás. Quizás esta actitud tan extensamente repartida en esta población guarde relación con procesos de ajuste y no de adaptación, porque dicha actitud, si bien hasta cierto punto puede contribuir a aliviar una tensión, no hace en realidad sino complicar la situación o condicionar reacciones inadecuadas, rencillas y malos entendimientos, como hemos podido comprobar objetivamente. Recordemos a este propósito, las diferencias señaladas por Kluckhohn y Mowrer entre los procesos de ajuste y los de adaptación: los primeros simplemente alivian una tensión o ansiedad, pero creean posteriormente mayores problemas; los segundos se refieren a procesos que conducen a la efectiva solución de problemas en las relaciones interpersonales.

La visión que los demás tienen de nuestros sujetos se acerca a la que ellos se han formado de sí mismos en relación a este rasgo de susceptibilidad, que por su extensión, nos induce a pensar en su probable significación cultural. Así, afirman que son considerados "susceptibles o quisquillosos" un 40.5% (pregunta 176) cifra bastante elevada y significativa que denota una comprobación objetiva de ese rasgo sensitivo.

El sentimiento de que las gentes no les comprenden bien está bastante extendido, lo que tiene un quinto de la población o más exactamente un 20.9% (pregunta 177). Cuando las gentes sienten que comparten unos mismos valores con otras, se forman, con frecuencia, suposiciones de que les pueden comprender con más facilidad y, además, como resultado de disponer de algo en común, se facilita la comunicación en las relaciones interpersonales. En nuestros pobladores hemos advertido una cierta distancia entre costeños y serranos, entre capitalinos y provincianos lo que muchas veces, se acompañaba de un sentimiento de incomprensión y hasta la expectativa de una discriminación. Evidentemente la falta de comunicación, el aislamiento espiritual, condiciona aún más la perpetuación de esas conjeturas terminando por encontrarse muchos de estos pobladores en una suerte de seudocomunidad, de acuerdo a las originales ideas de Norman Cameron, o sea alternando con sus propios temores y prejuicios materializados en la suposición no siem-

pre confirmada, pero tampoco desechada, de la amenaza ajena y de la incomprensión de los demás.

e) **Irritabilidad y agresión**. Nada menos que el 50.2% de los pobiadores estudiados manifestó tener siempre recelo, aún entre amigos (pregunta 178), o sea 120 sujetos de los 239 de la muestra.

En este total el 45% lo constituyeron varones y 55% mujeres. Se halló un mayor porcentaje de pobladores provenientes de la Sierra, desconfiados (44.1%) y le seguían de cerca los costeños con 32.5% y los oriundos de Lima con 23.3%. Quiere decir ésto que la actitud de desconfianza o recelo está muy distribuída en la población del barrio, pero con una mayor prevalencia en la procedente de la Sierra.

Este hecho, si se relaciona con los que acabamos de discutir, resulta expresión de una percepción social deformada. Recelar es desconfiar, es *no sentirse entre amigos, o siquiera entre paisanos*. De nuestras observaciones hemos recogido la noción de que la mayor parte de los pobladores de Mendocita tienen la peor idea los unos de los otros, aún cuando no se conocen bien entre sí muchos de ellos y los actos antisociales que se registran en el barrio, cometidos por unos cuantos, y en ocasiones por sujetos extraños a la barriada, se carga sobre la reputación de cada uno de los habitantes.

Nuestros pobladores se irritan con facilidad. El 54.8% da la muestra respondió afirmativamente en ese sentido (pregunta 180).

48 de los 103 serranos de la muestra o sea un 46%, han respondido afirmativamente a la pregunta 180, en cambio 69 costeños, en general, de 134 de la muestra, contestaron afirmativamente, o sea un 51%. Esto quiere decir que hay más agresividad manifiesta en costeños y limeños avecinados en Mendocita y un poco menos entre los pobladores serranos de esa misma área urbana.

También "les molesta y les irrita la gente frecuentemente" en una proporción de 28.8% (pregunta 184). Se advierte una facilidad para descargarse en forma agresiva aún a las pequeñas molestias. El 43.5% declaró que las gentes le causaban "nerviosidad y fastidio" (pregunta 182). De cuando en cuando muchos sujetos, el 28.1%, presentaban un "furor violento", a estar por sus declaraciones, (pregunta 186). No debemos olvidar los estados de malhumor por causas endógenas, por ejemplo, en traumatismos del cráneo, epilépticos, psicóticos, pero ellos no integran el grueso de la población.

El descontento por las condiciones de vida, el contínuo no conseguir lo que se aspira, condicionan este tipo de reacción. Son frecuentes, en la gran mayoría de los pobladores las declaraciones de "yo no obtengo: consuelo, dinero suficiente, amigos, felicidad, lo suficiente para vivir, etc".

Pero no debemos desdeñar una probable reacción de contra-agresión a una percepción de posible agresión de parte de los demás, la que no siempre está justificada y cae dentro de los dominios de una percepción autista.

Tenemos derecho a afirmar que existe una carga permanente de agresividad y no simplemente de transitorias reacciones a frustraciones. Prueba de ello lo tenemos en que el 39.7% de la población necesitaba "dominarse constantemente para no perder los estribos" (pregunta 181). De otro lado, quizás sea expresión de este mismo hecho la desproporción de las reacciones agresivas en las rencillas de vecindario llegándose a extremos tales que pleitos entre vecinas y aún entre comadres, iniciados en pequeñas reyertas entre los hijos, muchas veces, terminan como riña de adultos en la Comisaría.

Las frustraciones repetidas pueden ocasionar una disminución de la tolerancia para los contratiempos ordinarios de la vida cotidiana. Pero debe anotarse que las reacciones a la frustración son más intensas cuando las necesidades de dependencia son mayores o sea cuando mayores son la espera de ayuda o protección. Como ya hemos señalado a propósito de la alta frecuencia de respuestas afirmativas a la pregunta 154, puede decirse que en esta población, por causas que no discutiremos ahora, existe una franca necesidad de dependencia.

f) **Fatiga.** En esta sección daremos a conocer acerca de diversos aspectos y formas de la fatiga registrados en la población-muestra. Vamos a tratar exclusivamente de la fatiga como una experiencia vivida, sin pretender abarcar los aspectos objetivos de la disminución en el rendimiento, tanto en el trabajo físico como en el mental. En primer término expondremos lo referente a la fatiga que podríamos denominar situacional o actual, la que resulta de trabajo excesivo, de la falta de descanso adecuado y la que puede sobrevenir en relación a desnutrición y enfermedades crónicas diversas, pero también acompañando al "stress" emocional más o menos prolongado.

El 56.4% de la población estudiada se siente "a veces completamente agotada" (pregunta 108). Inclina a pensar en una probable vinculación de esta fatiga con el trabajo excesivo la circunstancia de que en el grupo doméstico de los "matrimonios" esta cifra se elevara al 85.5% y en el de los "solitarios" a 71.4%, grupos que se caracterizan por ausencia de la ayuda de otras personas, sean familiares o no, para los fines de las labores domésticas y afines. Muy otro significado tiene el cansancio matinal que está en relación ya con enfermedades neuróticas o con depresión; este tipo de fatiga fué encontrado en el 25.1% de la muestra (pregunta 110). El cansancio al más mínimo esfuerzo, que puede estar tanto en relación con enfermedad crónica depauperizante, a

neurosis de tipo asténico o a depresión ocurrido con una frecuencia del 21.2% (pregunta 111). Casos extremos de este tipo de fatiga se dieron en un 13.3% (pregunta 112). La queja de "agotamiento nervioso" suelen darla cierto tipo de neuróticos, los asténicos, algunos obsesivos y muchos ansiosos principalmente crónicos y, por supuesto, los depresivos de diversos tipos. Manifestaron tener un "agotamiento nervioso serio" (pregunta 113) un 18.4%. Esta cifra guarda cierta relación con la de los probables sujetos neuróticos (21.7%) que respondieron afirmativamente a la pregunta 188. En relación con estos hallazgos mencionaremos que el 29.7% de la muestra contestó que "le era imposible tomar un rato de descanso todos los días" (pregunta 140). Esta cifra nos está diciendo que probablemente estén operando una variedad de factores en el condicionamiento de la fatiga actual o situacional; entre los cuales se pueden mencionar la desnutrición y las enfermedades crónicas (tuberculosis, anemia, algo frecuentes en esta población). Entre otros factores de tipo psíquico considerados en la determinación de fatiga merecen destacarse la monotonía o el aburrimiento, debido a la vida sin mayores cambios, distracciones o entusiasmos, que llevan muchos pobladores, especialmente del sexo femenino, y no menos importante, el fracaso, constante, en lograr las más elementales aspiraciones, lo que conduce a rebajarlas o la pérdida de la esperanza, sentimiento vitalizante e integrador de la existencia.

g) **Manifestaciones psíquicas diversas.** Declararon padecer de insomnio un 28.3% de los casos estudiados (pregunta 139). Esta cifra resulta algo elevada si se le compara con aquella encontrada en uno de los raros estudios epidemiológicos en que se buscó la prevalencia de trastornos del sueño en la población general. Nos referimos a la investigación de Erick Essen-Moller en una población rural sueca. En ese estudio se encontró que el 10.1% de los hombres y el 8% de las mujeres manifestaron queja de insomnio. Estos trastornos del sueño vimos que se asociaban ya sea a ansiedad o a desórdenes depresivos mitis; no está demás recordar que entre los factores más comunes de insomnio se encuentran la preocupación ansiosa y la incertidumbre, en sus más diversas formas excluyendo naturalmente, el dependiente de síntomas dolorosos o el acompañante de enfermedades generales.

La enuresis nocturna patológica, es decir aquella que excede de los 4 años y alcanza, en algunos casos, hasta la pubertad, tuvo una prevalencia de 16.4% en la muestra (pregunta 96). Esta cifra, bastante elevada, incluye naturalmente aquellos casos con rasgos neuropáticos en la infancia y niñez, aparte de aquellos otros en que un probable factor orgánico o de atraso en la maduración biológica son los responsables.

Manifestaron "tener el hábito de comerse las uñas" (pregunta

92), el 4.6% de la población y declararon ser sonámbulos (pregunta 94): el 2.9%.

A la pregunta 93 (¿Es usted gago, tartamudo?) respondieron afirmativamente 2.9%, o sea 7 sujetos de la muestra total de 239. Nos ha llamado la atención que todos estos sujetos sean costeños, mestizos y zambos y ninguno serrano o indígena. De pasada señalamos que Adelaida Bullen, en un estudio cultural comparativo referente al problema del tartamudo, anota que de acuerdo a informaciones oficiales, a lo menos 1 o 2% de la población de Estados Unidos tiene este trastorno, en tanto que es casi desconocido entre los indios Navajo y entre las tribus de Nueva Guinea estudiadas por Margaret Mead.

h) **Manifestaciones psicosomáticas.** En este rubro incluímos todo un conjunto heterogéneo de síntomas que van desde las manifestaciones somáticas de la ansiedad a los trastornos propiamente dichos de somatización y aquellos de conversión que afectan específicamente el sistema nervioso de la vida de relación.

El 30.5% de los pobladores estudiados, sentían "dolor en el corazón o en el pecho" (pregunta 30); una cifra parecida, 27.1% declaró que "le molestaba con frecuencia palpitaciones del corazón" (pregunta 33). Este conjunto sintomático corresponde, clínicamente, a ansiedad con manifestaciones de tipo cardiovascular. Estos hallazgos son bastante elevados si se les compara con los registrados por Essen Moller en su población rural sueca, en que el 7.3% de las mujeres y el 3.8% de los hombres manifestaron estas quejas.

En lo que se refiere a la labilidad vaso motora tenemos que el 18.4% (pregunta 74) declaró que "se le subía la sangre a la cara a menudo" y 28.1% dió la queja de que "sentía frío o calor por momentos" (pregunta 82).

Hipertensión arterial comprobada en algún momento por médico fué declarada por 21 sujetos, o sea el 8.7% de la población. Bien sabemos que factores psicológicos pueden en parte condicionar y siempre agravar este trastorno.

8 sujetos padecían de asma bronquial, proceso en el cual indudablemente se combinan factores emocionales a los de tipo alérgico.

En lo que se refiere a trastornos psicosomáticos digestivos diremos que un 22.1% de la población se quejó de frecuentes náuseas (pregunta 51) 28.2% sufría "indigestiones" (pregunta 52) y un 27 .6% de "frecuentes dolores de estómago" (pregunta 53). No incluímos en este grupo de síntomas las respuestas a la pregunta 57 (¿Sufre Ud. de diarrea a menudo?) porque ellas evidentemente corresponden a muy diversos factores etiológicos, unos probablemente emocionales, pero otros probablemente infecciosos, parasitarios y nutricionales; de todos mo-

dos, contestaron afirmativamente el 16.3% de los pobladores estudiados.

Sólo 5 sujetos, o sea el 2.1% de la población declararon padecer de "úlceras en el estómago" (pregunta 56) conforme a diagnóstico efectuado por médicos.

El 40% de estos ulcerosos son serranos y el 60% costeños, en general, y si referimos estos datos a la proporción de costeños y serranos en la población–muestra, vemos que los costeños constituyen el 56.07% y los serranos 43.09%, lo cual indica que ambos grupos se ven afectados fuertemente por la enfermedad ulcerosa. Podemos pensar que nuestros hallazgos probablemente muestran la influencia patógena de factores vinculados a la vida en las grandes urbes. Rowntree (1945) ha señalado que los negros que vivieron por un período de 5 años en Chicago, expuestos a las mismas tensiones como los blancos, tuvieron una incidencia de úlceras semejantes a la de estos últimos.

A este propósito señalaremos que estadísticas escandinávicas, alemanas, inglesas y norteamericanas, muestras que el riesgo de desarrollar úlcera péptica es de 5 al 10%. La frecuencia de úlcera péptica activa y en los grupos por encima de 20 años, parece ser generalmente entre el 1 y 3% según Ivy, Grossman y Bachrach (1950).

Quejas de "frecuentes dolores de cabeza" (pregunta 79) alcanzaron hasta un 38.1% y 25.5% se "sienten muy mal debido a estos dolores de cabeza". Debemos considerar que en el estudio de Essen-Moller se comprobó un 13% de sujetos con dolores de cabeza no migrañosos.

A la pregunta 83 (¿Siente Ud. fuertes mareos a menudo?) contestaron afirmativamente 29.2%, en tanto que dijeron "haberse desmayado más de dos veces en su vida" (pregunta 85) el 18.8% de la población-muestra. "Temblores nerviosos de la cara, cabeza u hombros" (pregunta 89) se presentaron en 22 sujetos o sea el 9.2%; 9 sujetos, es decir el 3.7% de la población, manifestaron haber tenido alguna vez "alguna parte de su cuerpo paralizada' (Pregunta 87). Atendiendo a la edad estos últimos sujetos pueden clasificarse en: 7 de menos de 40 años y sólo 2 de 53 años. Este trastorno parece estar en relación con síntomas fugaces de histeria de conversión.

El 21.7% de la población manifestó tener "constantemente adormecida alguna parte de su cuerpo" (pregunta 86).

Dismenorrea se presentó en 42 mujeres, o sea el 36.5% de la población femenina. Esta prevalencia de tensión pre-menstrual es relativamente baja si la comparamos a los hallazgos de J.H. Ferguson y M. B. Vermillion, quienes le encontraron en un 92% de mujeres blancas norteamericanas y en 91% de negras de la misma nacionalidad,

El sistema muscular-esquelético explorado en la sección E) arrojó un 8.3% de impedimento motor por probables causas articulares.

Los varones, en una proporción de 6.6% manifestaron haber tenido alguna enfermedad seria en sus genitales (pregunta 97) y 17.5% de ellos. habérseles diagnosticado algún tipo de hernia (pregunta 100). El 7.9% declaró que algún médico le diagnosticó en algún momento enfermedad de los riñones o de la vejiga (pregunta 107).

Dijeron haber tenido "reumatismo" en la niñez 16 sujetos, o sea el 6.6%; 113 personas, 47.2% declararon haber tenido "paludismo" alguna vez (pregunta 126). 33 afirmaron haber sido tratados alguna vez por tener "anemia" (pregunta 127) o sea el 13.8%. Una respuesta interesante, que se refiere específicamente a sífilis (pregunta 128), fué dada por 20 sujetos, o sea el 8.4%. Curiosamente sólo 1 persona manifestó tener diabetes (pregunta 129) o sea 0.4% y 4 personas o sea el 1.6% expresaron haber sido diagnosticadas de bocio o "coto" (pregunta 130), 8 personas se refirieron específicamente a haber sido tratadas alguna vez por médico debido a "cáncer o tumor", esto es. un 3.3% de la población.

En lo que atañe a la desnutrición, juzgada por los mismos pobladores. cabe indicar que 58 sujetos, o sea el 24'2% nos refirieron "estar muy bajos de peso" (pregunta 133.) En cambio sólo 21 sujetos, o sea el 8.7% expresaron "estar muy gordos" (pregunta 134). Venas varicosas fueron acusadas por 38 personas, o sea el 15.8% (pregunta 135).

48 sujetos, o sea el 19.8% de la población-muestra, nos comunicaron haber sufrido intervenciones quirúrgicas serias" (pregunta 136). Traumatismos diversos habían tenido 60 personas. o sea el 25.1%, es decir el cuarto de la población estudiada, cifra bastante elevada.

5) Opiniones Populares en relación a enfermedades.

Creemos que algunas preguntas del I.M.C. tal como están formuladas se prestan a que los sujetos, frente a la ambigüedad de ellas, comuniquen más bien opiniones o presunciones personales que referencia escueta a síntomas comprobados por ellos. De todas maneras, no deja de tener valor su conocimiento ya que nos dá una visión de las ideas reinantes en esta población en lo concierniente a creencias populares sobre frecuencia de tales o cuales trastornos y de la etiología atribuída a ellos. Así, una alta proporción de la población-muestra, el 30.9%, manifestó haber tenido alguna vez "padecimientos graves del hígado". En muchos casos una comprobación ulterior nos permitió enterarnos de que atribuían a enfermedad hepática trastornos nada vinculados a ella, por ejemplo, amargor de la boca. dolor de cabeza. dispepsias y otras manifestaciones de comprobada etiología diversa. De igual

manera se comprobó un diagnóstico muy frecuente de "hipotensión arterial" (pregunta 29) que debemos tomar con reserva dada la extendida tendencia de atribuir a la "presión baja" los más variados trastornos mayormente funcionales.

DISCUSION

Debemos insistir en las características peculiares de la población de Mendocita, para poder justipreciar los resultados obtenidos. Se trata de un conjunto humano que viven en tugurios, en un medio altamente insalubre, obteniendo a duras penas los medios más elementales de subsistencia. Predomina en los pobladores un sentimiento de impotencia para superar la situación precaria en que se encuentran al lado de una profunda inseguridad acerca de lo que pueda depararles el futuro. Son comprensibles, por tanto, los síntomas depresivos y ansiosos ampliamente difundidos.

Diríase que de acuerdo a las ideas de Richard Frank y D. Russel Davis, el individuo desamparado e impotente en una situacion que no se modifica, amenazado constantemente por la pérdida de sus medios de subsistencia y de los cuidados más elementales, reacciona significativamente en forma depresiva. Quizás ésto traduzca un intento de ajuste del organismo a las condiciones adversas de vida.

La irritabilidad, el mal humor, el clima de hostilidad y las continuas fricciones entre los vecinos serían expresión de continuas frustraciones, conforme a la conocida hipótesis de la frustración—agresión de Dollars, Sears y colaboradores.

Repetidamente nos hemos referido a un clima de tensión en la población de Mendocita. Ahora bien, si analizamos la situación vivida por dicha colectividad de acuerdo a ciertos criterios formulados por Kurt Lewin se esclarece la probable dinámica de esa extendida atmósfera de tensión. Conforme a los planteamientos de dicho psicólogo uno de los más importantes factores en el condicionamiento de conflicto y de "estallidos" emocionales sería el nivel general de tensión en que viven las personas y los grupos; entre las principales causas de tensión tendríamos las siguientes: a). el grado en que las diversas necesidades de una persona se encuentran satisfechas (a mayor insatisfacción mayor tensión); b). la amplitud del espacio "de libre movimiento" de una persona, (a mayor restricción de movimiento libres, mayor tensión); c). la barrera exterior, es decir, la que impide al sujeto salir de la situación; d). contradicciones y oposiciones de objetivos de los miembros del grupo. Enfocando la "situación" de Mendocita con arreglo a estos conceptos, verificamos la existencia de una carga permanente de agresividad

que estalla al menor pretexto, y una suma facilidad en la eclosión de conflictos de todo género entre los pobldores. Esta tensión está alimentada continuamente por las múltiples y reiteradas insatisfacciones que ellos experimentan. No está demás agregar que es fácil advertir generalizada inseguridad, lo que significa vivir bajo la amenaza de que la satisfacción de las diversas necesidades básicas no se logre. Conexas a estas circunstancias se encuentran variadas limitaciones que impiden a los sujetos acercarse a los objetivos que apetecen, y para completar las condiciones tensionales gravita la gran barrera que les impide salir dei lugar, escenario y fuente de estas tensiones.

En términos generales nuestros resultados cuantitativos globales, que daremos a conocer detalladamente en otra publicación, sólo son comparables a los obtenidos en pobladores neuróticos o pacientes psiquiátricos de Nueva York estudiados con el mismo cuestionario por Keeve Brodman, Albert J. Erdman Jr. y Harold G. Wolff.

Creemos necesario insistir, por ser de interés socio-cultural, en la probable función protectora sobre el individuo que pudiera cumplir la particular estructura de algunos grupos domésticos. En efecto, la familia nuclear y la familia agregada (constituída a base de una nuclear, a la que se suman otros parientes). resultan comparativamente las menos afectadas por las presiones de la situación. Es bien sabido que en la familia nuclear sus diversos miembros ejercen entre sí una poderosa influencia integradora y estabilizadora en los adultos, orientadora y formativa en los menores conforme lo enunciado por Talcott Parsons.

Los grupos de "incompletos". "solitarios", "matrimonios" y "heterogéneos" donde se dan con menos frecuencia e intensidad las notas mencionadas, interesantemente son los que manifiestan mayor severidad en los desórdenes emocionales (ansiedad, depresión, etc).

Otro hecho a señalar es el de la mayor vulnerabilidad de la mujer frente a los diversos factores perturbadores del equilibrio psíquico. En estudios epidemiológicos similares como los de Essen Moller, Lemkau, Tietze y colaboradores, y otros, se ha verificado esta particular fragilidad del sexo femenino, lo que induciría a considerarla un fenómeno biológico de distribución universal.

La acentuación de la sintomatología emocional en los provincianos recién llegados a Lima que se han avecindado en Mendocita como señalamos en otro estudio sugiere una probable intervención de factores negativos quizás en relación con las nuevas condiciones de vida y con las exigencias de un medio urbano cargado de mayores presiones e inseguridades que el medio simple y rural de donde proceden. La desorientación, el desconcierto, la desvinculación, no son raras consecuencias del fenómeno de la urbanización. Muchas de las personas que

llegan a Lima traen consigo, de otro lado, grandes aspiraciones que no siempre se materializan. Una investigación colateral, de la que daremos cuenta en otra publicación, ha puesto de manifiesto este fracaso vivido por el provinciano.

La mayor difusión de desórdenes emocionales apreciados por el I.M.C. en los recién llegados a Lima, confirma resultados análogos encontrados por diversos investigadores y que han recibido un amplio comentario en una discusión "panel" de la Federación Mundial para la Salud Mental sobre "Aspectos de salud mental de la urbanización".

John R. Rees destacó el enorme problema creado por la urbanización e industrialización, y manifestado en el aparente incremento de los psiconeuróticos, de aquellas gentes que tienen estados de ansiedad.... Nosotros podemos agregar, que nuestra investigación ha podido comprobar que no sólo la ansiedad sino también los síntomas depresivos e hipocondríacos tienen esta elevada prevalencia. En nuestro medio, además, cabe precisar que tenemos más problemas vinculados a urbanización que a industrialización. Quizás estemos frente a un fenómeno que se halle no sólo en relación a circunstancias sociales sino también a condiciones de tipo cultural. En el emigrado proveniente de la Sierra hemos verificado una constelación de síntomas emocionales y de actitudes inadecuadas que no se dan con la misma frecuencia en el costeño venido a la Capital y en el nativo de Lima. Esta constelación sintomática se halla integrada por manifestaciones depresivas, preocupaciones hipocondríacas, sentimientos de inadecuación, actitudes de recelo y de susceptibilidad, indecisión y una franca necesidad de dependencia y a diferencia de los costeños oriundos de Lima, una menor incidencia de expresiones de agresividad.

En un interesante estudio de comparación cultural de las reacciones depresivas realizado por Edward Stainbrook, se ha señalado la rareza de ellas en negros africanos y su abundancia en hindúes y bengaleses. El citado autor observa, sobre la base de su estudio comparativo, que se da un comportamiento obsesivo-compulsivo positivamente correlacionado con la incidencia de reaciones depresivas. Esta última comprobación no se encuentra confirmada por nuestros hallazgos, lo que induciría a pensar en un diferente tipo de condicionamiento cultural de las reacciones depresivas entre los pobladores que hemos estudiado. Permitiéndonos una digresión, adelantaremos que, tanto del estudio directo cuanto de la averiguación indirecta en nuestro campo de trabajo, no pudimos encontrar ni un solo caso con sintomatología obsesiva-compulsiva en pobladores procedentes de la Sierra. En cambio, encontramos una asociación frecuente entre reacciones depresivas y manifestaciones de dependencia. Es de dominio común que muchos

siendo de anotarse que el primer grupo se hallaba integrado por 63% de solteras y el segundo sólo por 18%.

Tensión muscular (pregunta 65) fué referida por 40 sujetos, es decir el 16.7% y 58 sujetos, o sea 24.3%, declararon que "les es difícil hacer su trabajo debido a dolores de espalda" (pregunta 70). Es evidente que estos síntomas en parte correspondan a tensión muscular vinculada a ansiedad y en parte consecutiva a esfuerzos musculares y otras condiciones somáticas. Con todo, la tensión muscular no resulta en nuestros casos un acompañante frecuente de la ansiedad.

i). **Alcoholismo.** La pregunta 144 (¿Toma Ud. generalmente dos o más copas al día?) fué respondida afirmativamente por el 10.4% de la población estudiada. Analizando los resultados de acuerdo a los grupos domésticos diremos que el grupo de los denominados "solitarios" fué el de más elevado porcentaje de bebedores: 57.1%. Le sigue el grupo doméstico de los "incompletos", constituídos por aquellos núcleos familiares en los que falta, por muerte o deserción, ya el marido o la mujer (esposa o conviviente). 15.4%. Los porcentajes para los grupos "heterogéneos", "agregados" y "nucleares" fué 6.2%, 8.3% y 9.3%, respectivamente.

Estos resultados guardan relación con la situación social de los bebedores. Los individuos integrados en la familia nuclear, en la familia amplia y la que acoge otras personas, parecen estar mejor protegidos que los solitarios y los miembros de los grupos familiares desintegrados o incompletos.

En una investigación paralela se determina la naturaleza de las diversas formas de consumo anormal del alcohol, limitándonos en esta exposición a la simple enunciación de estos resultados iniciales, globales. A esto agregaremos que, de los 25 sujetos que respondieron afirmativamente a la pregunta 144, 21 eran de sexo masculino y sólo 4 del sexo femenino, o sea el 84% y el 16%, respectivamente. Expresado en porcentajes con respecto a la población total de la muestra, representan el 16.9% para los hombres y el 3.5% para las mujeres.

Merecen compararse estos resultados con los de una encuesta sobre prevalencia del alcoholismo en la población, predominantemente obrera. de una zona de la ciudad de Santiago de Chile (J. Marconi, A. Varela y colaboradores) en la que se clasifican como alcohólicos al 8.3% de los hombres y al 0.6% de las mujeres. En el trabajo de Essen–Moller en una población rural sueca, el 9.2% de la población adulta eran personas que abusaban del alcohol; y en toda la población femenina hallaron sólo a 3 bebedores anormales.

j) **Convulsiones.** Aquí nos referimos a todos aquellos sujetos que declararon haber tenido "algún ataque o convulsión" (pregunta 90). Es-

te grupo indudablemente que es heterogéneo e incluye las convulsiones eclámpticas, las crisis convulsivas de naturaleza epiléptica, las crisis histéricas y algún otro tipo de difícil individuación clínica. El deslinde de estas diversas formas es objeto de un estudio de comprobación clínico cuyos resultados daremos a conocer ulteriormente.

Presentaron "convulsiones" el 7.5% de la población estudiada, o sea 18 individuos.

2) Antecedentes de Patología Psíquica no especificada.

Bajo este rubro caen preguntas, a nuestro entender muy genéricas, destinadas a obtener una orientación preliminar en la materia de antecedentes personales y familiares de patología mental. A la pregunta 168 (¿Ha tenido Ud. alguna vez un trastorno nervioso?), respondieron afirmativamente 30 sujetos, o sea, 12.5% de la población–muestra. El 15.5% manifestó que alguna persona de su familia había tenido alguna vez "trastorno nervioso" (pregunta 169). Sólo 9 personas, o sea 3.7% dieron a conocer que habían sido pacientes en hospital mental, pero mayores fueron las respuestas afirmativas a propósito de indagación sobre si algún miembro de la familia había sido "alguna vez paciente en un hospital mental", (pregunta 171), 7.9%. Conforme hemos señalado en otra parte, los que respondieron positivamente a las preguntas 168 y aquellos que respondieron a la 170, tuvieron promedios sumamente elevados, tanto para el total de las respuestas afirmativas del conjunto del I.M.C. como para las respuestas afirmativas de las secciones M-R, indicadoras de patología mental. Para los fines de un estudio de morbilidad a nivel específico, tiene valor una comprobación del diagnóstico de todos aquellos sujetos que dieron respuesta afirmativa a las preguntas mencionadas. De la aplicación del I.M.C. puede esperarse una función útil de despistaje inicial de estos casos en una población supuesta sana.

3) **Frecuencia de enfermedades en general:** Actitudes y reacciones frente a ellas.

Reconocieron enfermarse con frecuencia 26 sujetos, o sea el 10.8% de la población (pregunta 115), de los cuales 19 eran mujeres y 7 hombres, lo que expresado en porcentaje en relación a la población general estudiada arroja 7.9% para las mujeres y 2.9% para los hombres. Si agrupamos por edades a los sujetos que respondieron afirmativamente a esta pregunta, tenemos que de 20 a 40 años fueron 14 sujetos, o sea el 9.1% de los pobladores comprendidos entre estas edades.

de 40 a 50 años fueron 8, o sea 11.3% de los sujetos incluídos entre estas edades, y finalmente, en el grupo de 60 a 80 años fueron 4, o sea el 25% de los casos involucrados entre estas edades. De otro lado, si analizamos los resultado en relación a los grupos domésticos, veremos que, para los solitarios, matrimonios y grupos incompletos se obtuvieron porcentajes de 21.4%, 28.5% y 23.1% respectivamente, mientras que heterogéneos, agregados y nucleares ofrecieron sólo 6.2%, 10.4% y 7% respectivamente. Nuevamente se nos plantea la posibilidad de alguna relación entre la estructura y funcionamiento de estos grupos domésticos en relación a la frecuencia de enfermedades. Estudios de morbilidad realizadas por Elizabeth H. Jackson en hombres y mujeres de diversas edades en el Eastern Health District de Baltimore, muestran que los promedios de enfermedades agudas y crónicas de diferentes grados de severidad fueron algo más elevados en las mujeres y también más elevados, debido a causas crónicas, en la edad avanzada. Nuestros resultados obviamente son superponibles a los hallazgos de Elizabeth H. Jackson.

Sin embargo se anota netamente, que sólo el 5.8% de la población "se queda en cama a menudo debido a enfermedad" (pregunta 116). Así nos fué dado observar a muchas amas de casa con enfermedades agudas y crónicas atendiendo los quehaceres domésticos sin poder guardar el debido reposo.

Tuvieron una pobre opinión de su propia salud (Pregunta 117) 61 personas, o sea el 25.5% de la población estudiada. Pero esta pobre opinión discrepa de la que las demás personas tienen de ellas, así sólo 16.4% de la población total fué considerada como persona enfermiza por parte de los demás (pregunta 120). Esto quizás sea expresión de salud no siempre objetivada o de una suerte de atención desproporcionada hacia el funcionamiento del propio cuerpo.

A la pregunta 121 (¿Se acaba Ud. a fuerza de preocuparse por su salud?) contestaron afirmativamente 28.3% de los sujetos estudiados. De los que contestaron en sentido afirmativo el 50% provenía de la Sierra, el 32.8% de la Costa y sólo el 17.1% eran oriundos de la capital. En lo que concierne el sexo 34 fueron mujeres y 36 varones. La preocupación constante por la propia salud es comunmente signo de ansiedad y defensa frente a ella. Tan elevada prevalencia de una orientación hipocondríaca puede estar en relación a una manera habitual de aliviar la ansiedad de un modo inadecuado, quizás culturalmente condicionado.

Las respuestas a la pregunta 122 (¿Está Ud. siempre enfermo y triste?) revelaron una frecuente asociación de enfermedad y depresión. Esta asociación alcanzó al 22.% de la población estudiada, pero tene-

mos el hecho singular de que estas declaraciones se refieren a estar **siempre** "enfermo y triste". Como es bien sabido. puede presentarse una depresión que podemos llamar orgánica en relación a enfermedades crónicas depauperizantes. pero asimismo son frecuentes reacciones depresivas frente a todo lo que la enfermedad significa para el individuo. Esta frecuencia de depresión asociada a enfermedad corporal y, en general, el elevado porcentaje de la población general que presenta síntomas depresivos, nos está indicando, primero, la existencia y operación de factores crónicos que inducen al desaliento y al fracaso y segundo, no menos quizás, una forma común de reaccionar frente a la continuada acción de factores adversos al bienestar de la población. No parece tratarse de los trastornos fásicos y cíclicos de la depresión vinculada al círculo maniacodepresivo, sino más bien de una forma de respuesta biológica frente al continuo fracaso en el logro de las satisfacciones más elementales.

4) **Trastornos Somáticos.**

En la primera sección, la denominada A) del Indice Médico de Cornell, hay preguntas destinadas a averiguar el estado de los órganos de los sentidos.

67 personas, o sea el 28.03%, manifestaron tener necesidad de usar anteojos para leer y 55 o sea el 22..5% necesita anteojos para ver de lejos. Oían mal 44 personas o sea el 18.4%, y refirieron tener o haber tenido supuración ótica, 19 sujetos, o sea el 7.9%.

En la sección B) se indaga acerca del estado del aparato respiratorio. Probable rinitis espasmódica está presente en el 16.3% de la población y asma bronquial en el 3.3% (pregunta 20 y 21) respectivamente. Manifestaron tener un padecimiento crónico del pecho 39 sujetos o sea el 16'3% (pregunta 25) y sólo 13 o sea el 5'4% declararon haber tenido tuberculosis alguna vez (pregunta 26).

Las preguntas de la sección C), exploran el estado del sistema cardiovascular. Ya nos hemos referido a la prevalencia de hipertensión arterial. Sólo nos referiremos acá a que 24 sujetos o sea el 10.04% declararon haber sido diagnosticados, por algún médico, de padecimiento del corazón (pregunta 39).

Las preguntas de la sección D), exploran el estado del tracto digestivo. En la sección de probables síntomas psicosomáticos nos hemos ocupado, con cierta extensión, de algunos de estos trastornos. Sólo nos queda señalar elevada prevalencia de estreñimiento (pregunta 63) que alcanza hasta el 30.9% de la población; hemorroides presentaron 8.3% de la población (pregunta 87).

de los que reaccionan con depresión frente a la adversidad son personas profundamente dependientes. Se trata de una condición que les hace más vulnerables a toda frustración, en particular, a aquellas en las que el individuo pierde apoyo, protección o no encuentra la presencia de figuras protectoras que le amparen a la manera de una madre. Edith Jacobson dice a propósito de este tipo de personas que "lo que ellas requieren es un suministro constante de amor y de apoyo moral de un objeto amado altamente apreciado. Este objeto es, generalmente, una persona, pero puede encontrarse representado por símbolo poderoso, una causa religiosa, política o científica o una organización de la que se sientan formar parte".

En esta misma población abunda la sintomatología de matiz hipocondríaco, la tendencia a la preocupación exagerada por el propio estado de salud, la actitud quejumbrosa frente a los propios males orgánicos. Cuando falta la provisión exterior de satisfacciones el individuo tiene más oportunidades para volcarse a la consideración de sí mismo, a prestar más atención al funcionamiento del propio cuerpo, lo que secundariamente, puede a veces atraer simpatías que calmen sus ansiedades y compensen en parte sus insatisfacciones. Quizás sea éste el mecanismo que condicione esta sintomatología, la que, como hemos señalado, se encuentra significativamente vinculada a la manifestación depresiva y de dependencia en los pobladores provenientes de la sierra.

En general los sujetos de la Sierra moradores de Mendocita exhiben menor agresividad comparativamente a los provincianos costeños y a los capitalinos. Sometidos a las mismas presiones y frustrados por igual en muchos aspectos, es posible que la agresividad no propenda a manifestarse con la misma frecuencia e intensidad en todos los pobladores oriundos de la Sierra, dirigiéndose aquella más hacia si mismo que hacia los demás, mecanismo quizás condicionado por un factor de pasividad común a ese grupo cultural.

RESUMEN

Se ha estudiado una población urbana de la ciudad de Lima asentada en un área de tipo "slum". Sus pobladores estaban integrados, en su mayoría, por personas procedentes de provincias, en particular de la Sierra, principalmente obreros no calificados, distribuídos en diferentes grupos domésticos. Se les aplicó el Indice Médico de Cornell en una fase preliminar de una investigación de morbilidad psiquiátrica. Los resultados obtenidos han revelado prevalencia elevadísima de ansiedad, síntomas depresivos, tendencias hipocondríacas, inadecuación y agresividad en la muestra explorada.

BIBLIOGRAFIA

Brodman, K.: Cornell Medical Index Health Questionnaire; en 'Contributions toward Medical Psichology". Vol. 2 pág. 568-576. New York, The Ronald Press Co., 1953.

Bullen, A.: A cross cultural approach to the problem of stuttering child Development 16: 1—88, 1945.

Cameron, N.: The development of paranoic thinking. Psycol. Rev. 50: 219-233, 1943.

Davis, R.: Recovery from depression. Brit. J, of Med. Psychol., 25: 104—113, 1952.

Dollard y col.: Frustration and aggression. New Haven, Yale University Press, 1945.

Essen-Moller, E. y col.: Individual traits and morbility in a Swedish rural population. Acta Psychiat et Neurol. Scand, supplementum 100, 1956.

Frank, R.: "The organized adaptive aspect of the depression-elation response"; en: "Depression" pág. 51—65, New York, Grune & Stration, 1954.

Hinkle, L., Wolff, H.: The nature of man's adaptation to his total enviroment and the relation of this to illness. Arch. Int. Med. 99: 442--460, 1957.

Jackson, E.: Morbidity among males and females at specific ages — Eastern Health district of Baltimore; en: "Morbidity survey in Baltimore". New York, Milbank Memorial Fund, 1957.

Jackson, E.: "Contributions to the metapsychology of cyclothymic depresion" en P. Greenacre (Ed) "Affective disorders: psychoanalytic contributions to their Study", Intern. Univ. Press, New York 1953.

Leighton, A.: The Stirling County Study; en: 'Interrelations between the social enviromen and psychiatric disorders" pág. 161--166. New York, Milbank Memorial Lund, 1953.

Lemkau, P:. Tietze, C., Cooper, M.: Complaint of nervousness and psychoneuroses. Am. J. Orthopsychiat., 12: 214—233, 1942.

Lewin, K.: The background of conflict in marriage; en "Resolving social conflicts", New York, Harper & Brothers Publishere, 1948.

Matos Mar, J.: Informe preliminar sobre el estudio de las barriadas marginales— Apéndice Nº 6, en: "Informe sobre vivienda, de la Comisión para la reforma agraria y la vivienda". Lima, "La Prensa" (suplemento extraordinario), 24 de enero de 1958.

Matos Mar, J.: Estudio de las barriadas limeñas, III parte: Morfología de las barriadas (inédito), 1958.

Mowrer, O. H., Kluckhon, C.: Dynamic theory of personaltiy; en: 'Personality and the behavior disorders, Vol. I, pág. 69—135, New York, The Ronald Press C., 1944.

Parsons, T., Bales, R., y col.: Family, socialization and interaction process. Illinois, The Free Press, 1955.

Rees, J. R.: Statements in "Mental Health aspects of urbanization". New York. W..F.M.H., 1957.

Rennie, Thomas A. C: The Yorkville community mental health research study; en "Interrelations between the social enviroment and psychiatric disorders". pág. 209—221, New York, Milbank Memorial ,1953.

Stainbrook, E.: A cross—cultural evaluation of depressive reactions; en: 'Depresión" pág. 39—50, New York, Grume & Stratton, 1954.

Concepciones sobre Medicina Popular en Pacientes Neuróticos

LA CABEZA

Por OSCAR VALDIVIA PONCE y SERGIO ZAPATA AGURTO

INTRODUCCION

La experiencia de la diaria inter-relación con los pacientes demuestra, con frecuencia, la relatividad de nuestros conceptos y conocimiento. Nuestros conceptos son el producto de la abstracción de un número limitado de fenómenos producidos en un tiempo y en una situación determinada. Sabemos que la conducta humana no es el producto espontáneo de nuestro propio albedrío, sino el resultado de la contínua interacción del Yo y el mundo y de los mecanismos que este Yo usa para adaptarse. El hombre en su cultura exhibe una conducta que gravita sobre las normas impuestas por su grupo cultural. Desde luego cada cultura impone sus leyes; y los grupos culturales si bien tienen necesidades básicas en común difieren en la forma como las satisfacen.

Los tropiezos que hemos venido sufriendo, al querer captar nuestra realidad humana, usando medidas y conceptos forjados en otras latitudes nos han llevado a reflexionar en la necesidad de captar nuestra propia realidad cultural, intentando analizar su estructura, sus normas, costumbres, creencias, mitos y valores. Hemos sido y todavía somos importadores de conocimiento y técnica; esto no es perjudicial; pero puede servirnos relativamente. Debemos enfocar y estudiar lo nuestro para usar con mayor éxito el conocimiento importado y conocer mejor a la gente con quién nos relacionamos. Una de estas pretenciones es la mira de este trabajo. Conocer al hombre en relación a su medio. Observar, conocer y entender al hombre de nuestra cultura. Saber y com-

prender cómo el hombre nuestro entiende su propio cuerpo, cómo valora sus órganos, cómo explica las funciones de sus órganos y sus enfermedades, y lo que es más, cuáles son sus concepciones terapéuticas. Si conociéramos todo ésto nos será más fácil entenderlo y ayudarlo.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio, que tiene como fin valorar los conceptos que sobre Medicina Popular tienen nuestros enfermos, fue realizado en 100 pacientes neuróticos varones, que se atendían en el Consultorio Externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima. Durante el estudio realizado, los pacientes entrevistados estaban en contacto con la realidad y en un período de calma sintomática, es decir de franca mejoría. Hemos excluído a los enfermos que por su estado de gravedad no les era posible una buena captación de la realidad y por ende de la situación planteada en la investigación.

El método de estudio estuvo dado por la entrevista bipersonal que se conducía siguiendo un cuestionario que ayudaba al experimentador a ordenar sus preguntas y escribir las respuestas obtenidas del interrogado. Las preguntas estaban dirigidas en un lenguaje corriente y sencillo; por ejemplo, refiriéndonos a la cabeza preguntábamos al paciente: "¿Qué es la cabeza y para qué sirve?". "¿Por qué se enferma?", "¿Cómo se cura?". Siempre hemos aclarado las preguntas tratando de ser más explícitos a fin de dejarnos entender y obtener una respuesta.

RESULTADOS.

Edad.— Creemos necesario considerar la edad de los pacientes, ya que el bagaje de conocimientos acerca de la Medicina Popular puede estar en relación directa a la edad. Se entiende que personas de edad avanzada por la larga experiencia vivida pueden tener un conocimiento mayor que las personas jóvenes; aunque no siempre suele ser así; por que la riqueza de estos conocimientos puede ser corolario de otros factores.

Los resultados obtenidos con respecto a la edad nos permiten agrupar nuestros pacientes en los siguientes grupos: de 17 a 20 años: 10 pacientes; de 21 a 30 años: 50 pacientes; de 31 a 40 años: 24 pacientes; de 41 a 60 años: 16 pacientes.

Del cuadro se desprende que la mayoría de enfermos estudiados son adultos jóvenes.

Condición Civil.— La condición civil de nuestros pacientes está representada en la siguiente proporción: solteros 50; casados 39; convivientes 7; viudos 3; divorciados 1.

Procedencia:— Si bien la mayoría de pacientes procede de Lima, el grupo es bastante heterogéneo y representa las tres regiones del Perú; Costa, Sierra y Montaña en sus diferentes latitudes. Esta heterogeneidad del grupo es importante por que representa un índice del concepto popular que sobre medicina se tiene en nuestro país.

Lima 28; Arequipa 13; Ica 12; Ancash 11; Junín 7; Libertad 6; Piura 6; Ayacucho 5; Apurímac 2; Cajamarca 2; Amazonas 1; Cerro de Pasco 2; Lambayeque 1; Huancavelica 1; Huánuco 1; Loreto 1; Tacna 1.

Es importante aclarar que algunos pacientes de provincias habían llegado a Lima durante la adolescencia y otros en edad adulta; y que su estadía en Lima tenía un tiempo no menor de 2 años. Esto nos permite afirmar que los pacientes de provincias traen en sus conceptos un bagaje cultural de su tierra natal y que el tiempo de permanencia en Lima es suficiente para enriquecer sus conocimientos que sobre Medicina Popular pudiesen tener. Concluyendo, podemos afirmar que el informe recogido de nuestros pacientes, es un reflejo de la concepción popular sobre la Medicina Peruana.

Instrucción— Siendo el grado de instrucción muy importante en la formación, aclaración o distorción del concepto sobre medicina es imprescindible puntualizarlo en los pacientes en estudio: Con instrucción primaria: 77 pacientes; Con instrucción secundaria: 20 pacientes; Analfabetos: 3.

Debemos indicar que en el grupo que tenía instrucción primaria sólo un 30% la había completado y en el grupo con instrucción media el 10% la había terminado.

Diagnóstico.— Habíamos dicho en comienzo que todos los pacientes eran neuróticos. Sin embargo creemos conveniente precisar los grupos de diagnósticos: Reacción Psiconeurótica de Conversión: 59 pacientes; Reacción Psiconeurótica de Angustia 18; Reacciones Psicofisiológicas de diversos tipos 10; Hipocondría 5; otros tipos de Neurosis 8.

Como se ve, hay un grupo variado de neuróticos. Al respecto es oportuno comentar sobre el valor que el material informativo de nuestros pacientes pueda tener, en el sentido que refleje el concepto popular de la medicina. Es posible pensar que el neurótico pueda distorsionar el concepto popular y darnos informes modificados por la influencia de sus propias fantasías y proyecciones. Claro que esta distorsión puede producirse con mayor intensidad en neuróticos en estado agudo de sus neurosis; pero no creemos que suele suceder a tal punto en pacientes en estado de franca mejoría. Por otra parte creemos que el neurótico por su neurosis misma, llena de manifestaciones sintomáticas corporales ha vivenciado la existencia de su cuerpo y de sus órganos con más inten-

sidad que un sujeto normal. Esta preocupación por los órganos o sus síntomas lo han empujado a indagar, en busca de un alivio, en el amplio campo de la Medicina Popular.

Como habíamos dicho, anteriormente, hemos tratado de averiguar el concepto sobre cada una de las partes del cuerpo humano y de sus órganos; así como el conocimiento de las enfermedades y su terapéutica.

Por el el presente estudio demasiado amplio para poder presentarlo íntegramente, vamos a referirnos en el presente informe solamente a la cabeza.

LA CABEZA

Hecha la encuesta sobre cuál es el objeto o función que la cabeza desempeña en nuestro cuerpo, las respuestas se pueden reunir en los siguientes grupos:

1.— La cabeza es el asiento de la actividad mental.— Fueron 72 respuestas que asignaron a la cabeza la función "de pensar", es decir la función de la actividad mental. Por las respuestas se puede ver claramente que los pacientes identifican la cabeza con el cerebro. 2.— La cabeza tiene la función protectora del cerebro.— Fueron 10 respuestas que identificaron la cabeza con el cráneo le asignaron la función de alojar y proteger el cerebro. 3.— La cabeza tiene la función de alojar los "órganos de los sentidos".— Se obtuvieron 8 respuestas que identificando la cabeza con la cara le asignaron la función de llevar los "órganos de los sentidos" (ojos, nariz, boca y oídos). 4.— La cabeza es el centro impulsor de la actividad motora.— 6 respuestas asignaban a la cabeza la función impulsora de la actividad humana. 5.— La cabeza tiene la función de la relación interpersonal.— 2 pacientes identificando la cabeza con la cara afirmaron que sirve para "distinguirnos" y "reconocernos".

Siete pacientes ignoraban qué función podría tener la cabeza.

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA CABEZA

Penetrando a través de la encuesta, en la etiología de las afecciones de la cabeza pudimos obtener los siguientes resultados:

(1).—Sobre actividad mental.— 50 respuestas pusieron en evidencia que un exceso de actividad mental, como: "el mucho pensar", "estudiar mucho" y las "preocupaciones de cualquier índole son factores etiológicos de la "locura", "nerviosidad" y de los "dolores de cabeza". (2).—"El desgaste físico".—32 pacientes puntualizaron que el individuo por el "desgaste físico" ocasionado por el "mucho trabajo".

"la debilidad", "masturbación", "exceso sexual", "alimentación deficiente" y la llamada "vida desarreglada", sería víctima de las "enfermedades mentales" y de la "pérdida de la memoria". Debemos aclarar que la llamada "vida desarreglada" consiste, según nuestros pacientes, en llevar una vida dedicada a los placeres descuidando la buena alimentación y las horas necesarias de reposo y sueño. (3).— Factores traumáticos.— 22 pacientes afirmaron que los "golpes intencionales o accidentales" ocasionaban las "roturas de cabeza". más o menos graves, que precipitarían los "trastornos mentales" y las cefaleas. (4).— Factores emocionales.— 16 respuestas acusaron a "las desgracias", "decepciones", "verguenza", "susto". "miedo", "insomnio" y "complejos" ser la causa de la "locura", "nerviosidad" y "dolores de cabeza". (5).—Enfermedades en otros órganos.— Se registraron 12 respuestas designando a los trastornos producidos en el hígado y el estómago, como la clásica patología del "estómago sucio" o "cargado", ser los determinantes de los "trastornos mentales", de las "jaquecas",, "neuralgias", "dolores de cabeza" y "mareos". (6).—Factores infecciosos.— Obtuvimos 11 respuestas que indicaban que la cabeza podría ser víctima de los "ataques de fiebre" de diversa índole, entre los que se mencionaban el tifus exantemático y la tifoidea. Estas fiebres, serían la causa de los trastornos mentales del tipo delirium y que los pacientes designaban con el nombre de "desvarío". (7).— Factores físicos.— 4 respuestas pusieron en evidencia la acción del "aire", "calor", y "humedad" como agentes causantes de las "neuralgias" y "dolores de cabeza". (8).— Factores tóxicos.— 4 pacientes hicieron énfasis en el alcoholismo y el tabaco como los factores determinantes de la "nerviosidad" y "locura". (9)—Infecciones externas.— Entendiendo por cabeza la parte externa de la misma, afirmaron 4 pacientes que "las infecciones" podían ocasionar la "tiña", "la caspa", "los eczemas" y los "forúnculos". (10).— Factores vasculares.— Hubo una respuesta que culpaba a las "hemorragias cerebrales" ser los causantes de los "dolores de cabeza" y de los "ataques cerebrales". (11).—Causas tumorales.— Una respuesta afirmó que los tumores al cerebro podrían determinar los "dolores de cabeza", la "locura" y la "muerte". 14 pacientes contestaron negativamente con un "no sé". poniendo así en evidencia su desconocimiento de la etiología de las enfermedades de la cabeza.

TERAPEUTICA

El arsenal terapéutico de las enfermedades de la cabeza es muy variado y rico en prescripciones que trataremos de sistematizarlas en los siguientes grupos:

(1).— Medicación por vía oral.— De 33 respuestas recomen-

dando medicación por vía oral, 16 indicaban para los "dolores de cabeza" los purgantes y los diferentes tipos de analgésicos entre los que destacaban el "Mejoral, Anacín, Kreín y Antalgina"; y 17 respuestas prescribían la ingestión de "tónicos" como la "Fitina, Nucledine y Vitaminas" para curar la "locura" la "nerviosidad" y "mejorar la memoria". (2).—Aplicación externa de los llamados "remedios caseros".— 21 respuestas recomendaban para "los dolores de cabeza", "neuralgias" y "el aire" la aplicación de "paños de alcohol" y de "agua fría", pedazos de hielo", "paños de vinagre de bully", "el jabón", y el "agua florida". También fueron recomendados para "el aire" la "ruda", la "albahaca", el "tabaco", el "azufre", la "piedra lumbre", la "sal", el "incienso" y los "parches". (3).—Ingestión de sustancias alimenticias.— Para el tratamiento de la "locura" o de los "nervios", 18 pacientes recomendaron "buena alimentación" (la buena alimentación según los pacientes, consistía en ser abundante y rica en carne, leche y huevos), la sopa de "sustancia" (que consiste en una sopa hecha de carne molida), el pescado preparado en diversas formas, en especial "la cabeza de bonito", el "caldo de choros", la lechuga en ensalada y la manzana también preparada en diferentes formas. (4).— "Las inyecciones".— Haciendo énfasis en las inyecciones, 5 pacientes aseguraron que curaban cualquier clase de trastorno mental con "inyecciones tónicas". (5).— Medios psicológicos.— 4 pacientes prescribían para "curar la locura" o la "nerviosidad" la "distracción", "la fuerza de voluntad" y "regular la vida" para los que la llevaban "desarreglada". (6).— Tratamiento quirúrgico.— 2 pacientes recomendaban la intervención quirúrgica para extirpar los tumores y curar así "la locura". (7).— Tratar los "órganos enfemos que complican la cabeza".— 2 respuestas afirmaron que habría que tratar "el hígado" o "el estómago" para curar "los dolores de cabeza" y los "mareos". (8).— Tratamiento eléctrico.— Una respuesta recomendó "los baños eléctricos" para tratar los "nervios" y la "locura". (9).— Métodos místicos.— Una respuesta indicó rezar al Señor de los Milagros para "curar la locura". (10).— Métodos mágicos.— Un paciente puntualizó que las molestias a la cabeza desaparecerían pasando un cuy por la frente y parte occipital del cráneo. (11).— Método traumático.— Hubo un paciente que indicó, para curar "los nervios" y "la locura", "un fuerte golpe" en la cabeza. (12).— Tratamiento médico.— 13 pacientes indicaron que frente a cualquier afección a la cabeza el mejor camino sería consultar al médico.

28 pacientes afirmaron no tener conocimientos terapéuticos sobre las enfermedades de la cabeza.

EL CEREBRO

Siguiendo el mismo esquema de preguntas, abordamos las con-

cepciones que los pacientes tenían sobre el cerebro. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

(1).— Función mental.— 98 interrogados respondieron que el objeto y función del cerebro era la de "pensar". (2).— Función motora.— Además se obtuvieron 7 respuestas asignando al cerebro una función motora, es decir dar "actividad y movimiento al cuerpo humano". 2 pacientes ignoraban qué función el cerebro podía tener.

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DEL CEREBRO

La etiología de las enfermedas del cerebro es muy similar a la observada en el caso de la cabeza, ya que a esta la identificaban con el cerebro. Los grupos de respuestas obtenidas fueron los siguientes:

(1).— "El desgaste físico".— 76 pacientes acusaban al "desgaste físico" ocasionado por "el muncho trabajo", "exceso de masturbación", "sobre actividad sexual". "malas noches", "vida desarreglada", "alimentación deficiente", "debilidad física" y a la "falta de vitaminas", ser la causa de las enfermedades mentales y la "pérdida de la memoria". (2).— Sobre actividad mental. Se obtuvieron 74 respuestas culpando como factores etiológicos de los trastornos mentales al "muho pensar", "mucho estudio" y "preocupaciones". (3).— Factores emocionales.— 26 respuestas indicaban que los "sufrimientos", "decepciones ", "impresiones", "pasiones", "desgracias", "insomnio" y los "complejos" eran los factores determinantes de las enfermedades mentales. (4)'— Factores traumáticos.— 24 respuestas indicaban que los "golpes" recibidos en el "cerebro" (parte occipital del cráneo) eran los "causantes" decisivos de los "dolores de cerebro", "mareos" y "locura". (5).— Factores tóxicos.— Hubieron 6 respuestas que señalaban al alcohol y tabaco como determinantes indiscutibles de la "locura" y "los nervios" respectivamente. (6).— Factores hereditarios.— En 4 respuestas se hizo énfasis en los factores hereditarios como determinantes de los trastornos mentales. (7).— Factores físicos.— Se destacó en 3 respuestas la influencia del "aire" y el "calor" como factores etiológicos de las cefalalgias. (8).— Factores infecciosos.— En 2 respuestas se acusó a las infecciones la responsabilidad en la aparición de los trastornos mentales del tipo delirio, que los pacientes lo llamaban "desvarío". (9).— Causas tumorales.— Un paciente hizo resaltar la influencia de los tumores en los "dolores de cabeza" y "locura". (10.— Factores circulatorios.— Un paciente atribuía a la "deficiente circulación sanguínea", en el cerebro, los trastornos mentales.

Tres pacientes negaron tener conocimiento de la etiología de las "enfermedades del cerebro".

T E R A P E U T I C A

Las respuestas obtenidas permiten dividir el arsenal terapéutico de las afecciones al cerebro en los siguientes grupos:

(1).— Ingestión de sustancias alimenticias.— 49 respuestas recomendaron una sobre alimentación variada poniendo énfasis en el pescado preparado en diferentes formas, "el caldo de choros", "la sustancia", "la manzana preparada en diferentes formas", "las habas", "las zanahorias", "los pallares" y "la lechuga". La ingestión de estos alimentos curaría "los nervios", "la locura" y "la falta de memoria. (2).— Medios psicológicos.— 28 respuestas indicaron la "distracción", el "reposo", "cambio de clima", "higiene mental", "la tranquilidad", "la catarsis", "la fuerza de voluntad", "impresiones fuertes o susto" (por ejemplo meter al enfermo en un "costal" con lagartos) y "dormir bastante" para curar "los nervios", la "locura" y "tonificar el cerebro". (3).— Medicación por vía oral.— 18 respuestas recomendaban la ingestión de diversos tónicos (Neuro-Fosfato, Fitina, Cebrosan, Nutrol, Nucledine y Vitaminas) y otros medicamentos como la Valeriana y el Largactil. (4).— Aplicación externa de los remedios caseros.— 12 respuestas afirmaban que los "paños de vinagre bully", los "emplastos de manzana", de "naranja soasada", de "huevo" de "carne" e "incienso" eran "muy buenos" para los "dolores de cabeza". "debilidad cerebral" y "la nerviosidad". (5)'— Inyecciones'— 5 respuestas mencionaron las "inyecciones tónicas" ser muy beneficiosas para cualquier "trastorno mental". (6).— Medios físicos.— 3 respuestas indicaron los baños de "ducha fría" , y los "termales" para la "nerviosidad". (7). —Tratamientos eléctricos.— Un paciente proponía los "baños eléctricos" para curar los "nervios" y la "locura". (8).— Tratamientos quirúrgicos.— Una respuesta indicaba la intervención quirúrgica en los casos de "tumor cerebral'. (9).— Métodos místicos.— Un paciente indicó que "rezar para el Señor de los Milagros era "un gran remedio para la locura". (10).—Tratamiento médico.— 20 pacientes, que ignoraban los recursos terapéuticos a tomar, recomendaron ver al especialista.

Se registraron 20 respuestas que indicaban no tener conocimientos terapéuticos frente a las afecciones al cerebro.

C A B E Z A   Y   C E R E B R O

D I S C U S I O N

Es evidente que la mayoría de pacientes, 72%, asigna a la cabeza una función mental y cuando se refieren a ella toman en considera-

ción su contenido cerebral. Estos resultados reflejan el concepto popular sobre la cabeza que Valdizán y Maldonado (1) anotan en su libro sobre la Medicina Popular. Un mínimo de nuestros entrevistados. 11% asigna a la cabeza un papel secundario en el cual la identifican con el cráneo y limitan su función a la de un simple recipiente protector del cerebro y de los "órganos de los sentidos'.

El concepto que se obtuvo del cerebro es mucho más uniforme y generalizado; y la mayoría, el 98%, coincidió en asignarle una función esencialmente mental. Sólo un 7% dió al cerebro, además, una función motora, es decir, la función de dar "actividad al cuerpo humano".

En la etiología de las afecciones de la cabeza y el cerebro hemos encontrado una similitud en ambos ; esto confirma la identificación de la cabeza con el cerebro que hace el vulgo. Sin embargo. hay un escaso número de pacientes que pusieron su atención sobre el aspecto externo de la cabeza.

Es conveniente hacer un análisis del contenido de estos factores etiológicos; el análisis nos lleva a afirmar que existen 4 formas frecuentes de "enfermarse de la cabeza o el cerebro": 1) la exageración de la función de un órgano lleva a la "debilidad" o enfermedad de dicho órgano. La sobre-actividad mental o "mucho pensar" determina la enfermedad mental. 2) "el desgaste físico" del cuerpo producido por la exageración de la función de otros órganos (en especial el sexual) o por falta de una adecuada ingestión de alimentos. determina los trastornos al cerebro o cabeza con el consiguiente trastorno mental. 3) los traumatismos o injurias físicas ("golpes") en un órgano produce su trastorno, lo que en la cabeza o el cerebro traería como consecuencia los trastornos de dichos órganos. 4) los traumatismos psicológicos ("decepciones", "impresiones" y "desgracias") rompen el equilibrio psicológico precipitando la enfermedad mental.

Hay factores etiológicos enumerados en menor cuantía y que tienen un arraigue popular muy bien reconocido por Valdizán (1). El aire, el frío, la humedad, el alcohol y el tabaco existen en el concepto popular como factores etiológicos de una serie de enfermedades.

Impresionan la mayoría de los conceptos etiológicos vertidos por su gran acercamiento al conocimiento científico de la etiología de las enfermedades de estos "dos órganos" estudiados.

La terapéutica recomendada para las afecciones de la cabeza o cerebro es también similar y expresan una mezcla de indicaciones que van desde lo mágico y los remedios caseros hasta llegar, pasando por los específicos populares, a los antibióticos y tratamientos eléctricos. Sin embargo, se ve que la terapéutica está orientada siguiendo una relación estrecha con los factores etiológicos. Sustancias que nutran y

repongan las energías gastadas, sustancias medicamentosas que pueden ser tónicos, inyecciones y remedios caseros. Sustancias alimenticias entre las que se destacan la de origen marino y vegetal, principalmente las primeras muy "ricas en fósforo", especial énfasis en el cual ponían los pacientes. La terapéutica de contacto, es decir la aplicación tópica de sustancias de origen vegetal o animal sobre la zona especialmente afectada, estuvo indicada en una proporción inferior que la terapéutica por vía oral.

Es importante anotar que la mayoría, más de un 90%, puede explicar la función del órgano; pero esta se reduce cuando se trata de explicar la etiología de las afecciones; y parece reducirse aún más cuando se enfrentan con la terapéutica.

EL SENTIDO

Siendo en el lenguaje popular frecuente la expresión de la palabra "sentido", cuando se quiere referir a una persona que por ciertas circunstancias de accidente, traumatismo o shock emocional pierde la conciencia o juicio de sus actos, tratamos de explorar este concepto en nuestros pacientes.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

(1).— 57 pacientes indicaron que "el sentido" era el centro productor de la actividad mental; representando una función similar a la del cerebro. (2).— 30 pacientes dieron al "sentido" la función de percibir y captar una realidad a través de los "órganos de los sentidos" (3).— 13 pacientes ignoraban que era "el sentido" y que función podría desempeñar.

Es interesante hacer constar que para nuestros enfermos la cabeza, el cerebro y "el sentido" tienen una significación semejante y que más del 50% de nuestros interrogados identificó "el sentido" con el cerebro.

LA CARA

Considerando a la cara una parte importante de nuestro cuerpo, averiguamos la concepción que el neurótico podría tener de ella. Los resultados de la encuesta formularon las siguientes concepciones:

(1).— Función de relación interpersonal.-- 50 respuestas reflejaban en la cara una preocupación por las relaciones interpersonales. Las siguientes respuestas: "sirve para atraer", "presentarse", "entrevistar", "ser reconocido", "comunicarse", "da la presencia", "es la fisonomía" "dá la apariencia", "dá un aspecto", "es la faceta del ser", "es

un adorno", "sirve para lucirla" y "sirve para diferenciarnos", expresan, indudablemetne, una preocupación en las relaciones interpersonales. (2).—Función de alojar los órganos de los sentidos.— 11 respuestas indicaron que la cara tenía la función de "alojar lo órganos de los sentidos" (ojos, boca, nariz y orejas). (3).— Completar la forma del cuerpo.— 8 respuestas afirmaban que la cara servía para "completar la forma del cuerpo".

40 pacientes indicaban negativamente no conocer "el objeto" o función de la cara en el cuerpo humano.

ETIOLOGIA DE LAS AFECCIONES DE LA CARA

La etiología de las afecciones de la cara, según el resultado de nuestra encuesta, se puede sistematizar en los siguientes grupos:

(1).—Factores traumáticos.— 27 respuestas señalaban que las afecciones de la cara del tipo "heridas" eran producidas por golpes recibidos ya en forma premeditada o accidental. (2).—Factores infecciosos.— 18 respuestas adjudicaron que ciertas "infecciones", de las cuales no especifican el tipo, podrían dar origen a diferentes afecciones dermatológicas tales como: "granos", "barros", "espinillas", "manchas", "eczemas", y "erisipela". (3).— Falta de Higiene.— La "falta de higiene" y la "suciedad", fué destacada en 13 respuestas como causas de diferentes afecciones dermatológicas (espinillas, barros, granos, eczemas). (4).— "La mala sangre".— 10 respuestas atribuían a la "mala sangre" la presencia de las afecciones cutáneas anteriormente mencionadas. (5).— Medios físicos.— 7 respuestas indicaron que agentes físicos como el aire, el sol, el calor y el polvo eran las causantes de la "erisipela", "el acné" y otras "erupciones" cutáneas. Una respuesta en especial atribuían "al aire" la parálisis facial. (6).— Afecciones en otros órganos.— 4 pacientes afirmaron que los trastornos del hígado y el llamado "estómago sucio" producían el "acné", las "manchas" y los "granos". (7).— Factores tóxicos.— Un paciente indicó que la causa del acné" era la "intoxicación alimenticia".

21 pacientes ignoraban cuales podrían ser los factores etiológicos de las afecciones de la cara.

TERAPEUTICA

La terapéutica indicada para tratar las afecciones de la cara podría dividirse en los siguientes grupos:

(1).— Aplicación externa de pomadas.— 21 pacientes recomen-

daron pomadas de diferentes tipos (Nixoderma, Mentholatum, Vaselina, "Pomada de las Diosas") para curar el "acné", las "espinillas", "los barros" y las "manchas". (2).— Ingestión oral de medicamentos.— Para las diferentes afecciones dermatológicas indicadas anteriormente 12 pacientes recomendaron el Sulfatiazol, la "levadura", los "tónicos" y el Mejoral. (3).— Las inyecciones.— 10 pacientes indicaron en los casos de "granos", "espinillas" y "barros", la aplicación de inyecciones de Penicilina y la Autohematerapia. (4).— Aplicación de desinfectantes.— 6 respuestas aseguraban que las aplicaciones del alcohol, mercuro-cromo, Aceptil y agua oxigenada daban magníficos resultados en cualquier tipo de erupción facial. (5).— Aplicación externa de yerbas.— 5 respuestas aconsejaban las "yerbas amargas", "el canchelagua", la "ruda" y la "papa" para curar las afecciones ya mencionadas. (6).— Hidroterapia.— 4 respuestas prescribían los "paños de agua caliente" aplicados sobre la superficie enferma (erupción cutánea) de la cara. (7).— Sobre alimentación.— 2 respuestas señalaron que una "buena alimentación" a base de abundante leche era un magnífico remedio para curar el acné. (8).— Frotaciones y masajes.— Un paciente recomendó las frotaciones y los masajes para la parálisis facial. (9).— Tratar el hígado y el estómago.— 2 pacientes aseguraban que no se podría tratar ninguna afección dermatológica de la cara mientras no se "curase" el hígado y el estómago. (10).— Tratamiento quirúrgico.— Un paciente indicó cirugía estética para tratar las cicatrices de la cara. (11).— Tratamiento médico.— 20 pacientes dejaron la terapéutica de las afecciones de la cara en manos del médico.

28 de nuestros entrevistados ignoraban el conocimiento de armas terapéuticas para curar las afecciones de la cara.

DISCUSION

La cara es una parte importante de la cabeza que refleja una actitud frente a las relaciones interpersonales. La cara como reflejo del alma es perfectamente conocida por el vulgo y su resonancia en el esquema corporal ha sido reconocida por Schilder (2) y otros (3). La preocupación por la cara nos concierne a todos en mayor o menor grado, pero esta preocupación alcanza su mayor inquietud durante la adolescencia. La preocupación por la cara es el origen de los arreglos y "maquillajes" que se le ha dado en todos los tiempos; y es quizás también, el orígen de la Cirugía Estética. Esta sobrevaloración por la cara, que muestra una inquietud por las relaciones interpersonales, salta a primera línea, en nuestros interrogados, cuando dicen: "sirve para atraer", "para diferenciarnos", " para entrevistarse", "para lucirla", "da la apariencia", etc.

La etiología de las afecciones de la cara puso de manifiesto, en primer término, el poblema de la relación interpersonal cuando se expresaba que la cara podría ser víctima de "agresiones premeditadas" y cuando se referían a la "falta de higiene" o "descuido" al no dársele el aseo diario "que merece el buen aspecto" frente a los demás. Merece atención la relación entre las erupciones cutáneas y el concepto de la "sangre mala", concepto, este último, que se le vincula a las "enfermedades venéreas", al "mal humor" e "intoxicaciones".

En la terapéutica de las afecciones a la cara predominan las prescripciones del tipo de contacto, es decir la aplicación tópica en la superficie lesionada de sustancias (pomadas, desinfectantes, yerbas etc.) sobre las prescripciones de tipo oral, sucediendo lo contrario con la terapéutica de la cabeza y el cerebro.

Nos llama la atención que a pesar de que la cara refleja una preocupación constante en las relaciones interpersonales, sin embargo un alto porcentaje, 40% no pudo asignarle una función difinida excusándose con la respuestas "no se".

LOS OJOS

Función visual.— Los 100 pacientes entrevistados estuvieron de acuerdo al asignar a los ojos una función visual. Sin embargo se obtuvieron unas 6 respuestas más que adjudicaban a los ojos las funciones de "llorar" y "dormir".

ETIOLOGIA DE LAS AFECCIONES DE LOS OJOS

Según la concepción de nuestros pacientes la etiología de las enfermedades a los ojos se puede sistematizar en los siguientes grupos:

(1).—"El desgaste físico".— 51 pacientes afirmaron que la disminución de la agudeza visual se debía al "desgaste visual o físico" el que a su vez era el resultado del "mucho estudio", "demasiada lectura", de "la debilidad física", de "la vida desordenada", del "mucho uso sexual", "masturbación" y de "llorar mucho". (2).— Factores físicos.— 33 respuestas pusieron en evidencia la influencia del "aire", "frío", "insolación", "calor", y la "lectura con poca luz" como los causantes de la "pérdida de la visión", "disminución de la visión", de la "irritación a la vista" y del "lagrimeo". (3).— Factores traumáticos.— 31 respuestas asignaron a los "golpes", "el polvo" y los cuerpos extraños ser los determinantes del "ojo coyo", la "ceguera", la "nube" y la "pérdida del "ojo". (4).— Factores infecciosos.— 28 respuestas culpan a las "infecciones" como determinantes del "mal de ojo" (conjun-

tivitis) "inflamaciones", "orzuelos" e "irritaciones". (5).— Enfermedades en otros órganos.— 20 respuestas insistieron en que las enfermedades al cerebro y al hígado podrían ocasionar la "pérdida de la visión" y las "cataratas". (6).— Agentes tóxicos.— 3 respuestas señalaron al "alcohol" y al "ají" como responsables de la "pérdida de la vista" (ceguera y de la irritación" respectivamente. (7).—"Los contagios".— 2 pacientes pusieron énfasis en los contagios como los determinantes del "mal de ojo" (conjuntivitis). (8).— Causas mágicas.— Un paciente afirmó que el "orzuelo" era el resultado de "ver una mujer desnuda". (9).— Deficiencia vitamínica.— Uno de los interrogados afirmó que la disminución de la agudeza visual "era la falta de vitaminas".

TERAPEUTICA

Las indicaciones terapéuticas recomendadas por nuestros pacientes se pueden reunir en los siguientes grupos:

(1).— "Remedios caseros".— Los "remedios caseros" indicados por nuestros pacientes se pueden, a su vez dividir en dos subgrupos:

(a) Las gotas.— Las gotas aplicadas al globo ocular fueron recomendadas por 33 pacientes. Las gotas indicadas eran de "agua hervida", "agua con ácido bórico", "agua de te" "de gotas de limón", "de llanten", "de leche de mujer", "de agua de rosas", de agua de manzanilla" y de agua de los ríos". Se afirmaban que todas estas gotas daban magníficos resultados en el "mal de ojos"' (b) Aplicación externa de las siguientes sustancias.— La aplicación sobre los párpados de los "puchos de cigarro", "macha blanca", "thimolina", "azufre" "ruda", "coca", y "yerbas" de diferente clase fue recomendada por 12 pacientes. Estos remedios tendrían un magnífico resultado en la enfermedad del "aire" .

"El aire", según los interrogados, se caracteriza por lagrimeo súbito, congestión de la conjuntiva ocular y molestias de discreto dolor semejante a la introducción de un pequeño cuerpo extraño en el ojo. Como la aparición coincide con una corriente de aire que hiere el ojo, es posible que esta corriente de aire lleve un diminuto cuerpo extraño al ojo que va a dar toda la sintomatología que se le atribuye al "aire". (2).— "Los colirios".— 27 respuestas pusieron énfasis en los colirios que corrientemente se venden en las farmacias (Eyemo, ideal, argirol, etc) para tratar "el mal de ojos" y los "orzuelos". (3).— Medicación por vía oral.— 10 respuestas recomendaron los "tónicos" y las vitaminas A y D. (4).— Las inyecciones.— 6 respuestas indicaron para la conjuntivitis inyecciones de antibióticos(penicilina). (5).— Medios fí-

sicos.— 6 respuestas afirmaron que el "calor" era muy bueno" para sacar el aire y los lentes para corregir la agudeza visual. El calor será usado soplando aire en un pañuelo hasta que éste se caliente para luego aplicarlo sobre el ojo. (6).— Tratamiento quirúrgico.— Fue propuesto por un paciente para eliminar la "carnosidad" o "las cataratas". (7).— Tratamiento Médico.— 12 de nuestros entrevistados dejaron en manos del médico la terapéutica del órgano visual.

Se obtuvieron 15 respuestas negativas que expresaban ignorar conocimientos terapéuticos para tratar las afecciones de los ojos.

DISCUSION

La función visual fue aceptada por todos los interrogados como función esencial y casi única de los ojos. Sin embargo algunos entrevistados nos dijeron que habían "ojos que ríen", "ojos que engañan", "ojos de mirada dura ", "ojos dormidos", "ojos que lloran". Con estas expresiones trataban de poner énfasis en la expresión visual como manifestación de nuestro mundo psicológico.

En la etiología de las afecciones visuales más de un 50% reforzó dos conceptos etiológicos de enfermedad enunciados anteriormente: el de la "función exagerada del órgano" y el del "desgaste físico" por la función exagerada de otros órganos, en especial el sexual. Esto último trae a la mente la relación que, algunos conceptos psicoanalíticos, dan a la sexualidad y el órgano visual y el simbolimo de los ojos como representación de los genitales muy bien expresados en la leyenda de Edipo. Con frecuencia esta relación simbólica es encontrada en los adolescentes y neuróticos masturbadores, que se quejan de molestias visuales.

La injuria de los agentes físicos muy popular en la etiología de las enfermedades de la vista alcanza un porcentaje relativamente alto entre nuestros entrevistados. Entre estos agentes se destaca el aire con su entidad clínica que lleva el mismo nombre, la insolación, el frío, calor y los diversos traumatismos. La vinculación del cerebro al ojo es frecuente, como la vinculación al hígado. La vista puede afectar el cerebro según nuestros pacientes, como el cerebro puede trastornar la vista. El conocimiento de las infecciones, como agente etiológico es el resultado de la popularización de la ciencia médica.

Vale la pena mencionar el origen mágico del orzuelo como resultado de ver una mujer desnuda. Esto actualiza la relación ojo sexo a que nos referíamos anteriormente.

En la terapéutica hay un predominio, aunque no muy manifiesto, entre lo puramente popular sobre lo esencialmente médico. Las in-

yecciones tienen una resonancia marcada entre nuestros interrogados y le dan supremacía sobre cualquier otra vía terapéutica; y esto lo notamos con frecuencia en los pacientes neuróticos que con insistencia las reclaman al considerar, sobre todo, su efecto "tónico".

Hay un grupo de 12 pacientes que prefiere la consulta médica y estima que la terapéutica de las enfermedades o afecciones físicas es incumbencia exclusiva del médico.

Tenemos un 15% que parece ignorar o tal vez se niegue informarnos su conocimiento terapéutico de las afecciones de los ojos.

LA BOCA

La encuesta nos permite asignar a la boca las siguientes funciones:

(1).— Comer y gustar.— 93 respuestas daban a la boca la función de comer y gustar los alimentos. (2).— Función de hablar. —60 respuestas artibuían a la boca la función de habiar. (3).— Funciones diversas.— 22 respuestas asignaban a la boca las funciones de: besar, fumar, respirar, cantar, tomar, chupar, morder, bostezar y escupir.

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA

Según los resultados obtenidos la etiología de las enfermedades de la boca se puede sistematizar en el siguiente orden:

(1).— "Las infecciones".— 48 respuestas acusaban a las "infecciones" los caries dentarios, "las ampollas", las "boqueras", la "piorrea", los "abcesos al diente", la "sífilis" y las "amigdalitis".— (2).— "La falta de higiene".— 32 respuestas indicaban que "la falta de higiene" era la causa de "los caries", "piorrea", "postemillas" y el "mal aliento". (3).—Enfermedades en otros órganos.— 20 respuestas afirmaron que "el calor al estómago" "estómago sucio", "el hígado que no anda bien" y el "escorbuto" serían los agentes determinantes del "mal aliento", "caries" y las "boqueras". (4).—Factores traumáticos.— 10 respuestas acusaban a los "golpes" y a las "mordeduras" ser los determinantes de las traumatismos de la boca y de la pérdida de los dientes". (5).—"El contagio".— 10 respuestas atribuían al beso efectuar el contagio de la "piorrea" y de la "sífilis". (6)—Agentes Tóxicos.— 6 pacientes encuentran en el cigarro, el "ácido úrico", "el mucho dulce" y el comer "alimentos en descomposición" los agentes de las "postemillas", "el caries" y el "mal aliento". (7).—Medios físicos.— 6 respuestas indicaban que "el calor de la boca" producían las "postemillas", el "frío" "rajaba los

labios" y el "aire" "torcía la boca" (parálisis facial). (8).— Factores carenciales.— 4 respuestas afirmaron que "la falta de vitamina C" hacía sangrar las encías y que la "falta de calcio" producía el caries dentario.

Contestaron negativamente 20 respuestas afirmando ignorar cuales serían las causas de las afecciones a la boca.

TERAPEUTICA

Las indicaciones terapéuticas proporcionadas por los 100 pacientes estudiados con respecto a las afecciones de la boca se pueden dividir en los siguientes grupos:

(1).—Aplicación de desinfectantes.— 30 de los pacientes en estudio recomendó los desinfectantes en forma de "toques" y colutorios (yodo, aceptil rojo, mercuro cromo, sal inglesa, piedra alumbre y el bicarbonato). Estos "toques" y colutorios que los pacientes les llamaban "desinfectantes" eran indicados en la "piorrea" y "postemillas "inflamación a la garganta" e "inflamación a las amígdalas". (2).— Colutorios de "remedios caseros" 15 respuestas recomendaron los "enjuagatorios de agua con ceniza de cigarro" o de "corcho", de "agua de limón", de "yerbas diversas", de limón con azúcar", de "tomate", de "coca con limón y bicarbonato", de llantén, y de "hiedra" en los casos de inflamación a la garganta", "inflamación a las amígdalas y en las "postemillas". (3).—Métodos quirúrgicos.— 10 pacientes recomandaron tratamientos drásticos, tales como la extracción de las "muelas careadas" o de toda la dentadura en caso de "piorrea". Además para la amigdalitis recomendaron operación. (4).— Las inyecciones.— 5 pacientes prescribían inyecciones de antibióticos del tipo de la penicilina para tratar las "infecciones". (5).— Tratamiento médico.— 13 pacientes prefirieron indicar consulta médica en caso de afecciones a la boca.

28 pacientes negaron conocer recursos terapéuticos para las afecciones de la boca.

DISCUSION

Es indiscutible la preferencia que se da, en nuestros interrogados, a la gratifión oral. Es pues, esta función de incorporación oral la primera función de relación del hombre con lo otro. Comer o ingerir alimento es la función primaria y gustar aunque se desarrolla después va siempre unida aquella. La función verbal de comunicación aparece en el hombre mucho después de la alimenticia; de aquí que se haya

mencionado en segundo plano con relación a la primera. Aunque la palabra no tiene el origen primario en la boca; se le ha dado un origen bucal, porque a través de ella se emite.

Es interesante hacer notar la importancia que se dió a la boca como expresión de ciertas características sexuales. Sobre todo en la mujer la boca grande y los labios gruesos se le relaciona como la hipersexualidad. Las expresiones de "bocona" y la "lengua larga" como representación de persona que no calla un secreto o que "le gusta hablar mal" de sus semejantes, fue también mencionado por nuestros interrogados, como expresión de la relación que la boca guarda con la psicología de las gentes.

En la etiología de las afecciones bucales, el concepto de infección es bastante popular, aunque se desconoce su significado real, pero se le usa con frecuencia cuando se trata de explicar la etiología de una serie de afecciones. El factor etiológico de "la falta de higiene" como causante de la "piorrea", el "caries" y el "mal aliento, esta reforzado por la propaganda de los dentríficos. La mayoría de los que se refería a la falta de higiene, recomendaba el uso de diferentes tipos de dentríficos. El estómago y el hígado parecen estar muy vinculados con la patología de la boca. Es interesante considerar el hecho que un fenómeno placentero como el beso lleve un contenido represor de peligro por los contagios a que puede exponer, especialmente aquellos del tipo venéreo. La importancia que se atribuye al "aire" en la patología de la boca determinan la costumbre con que "la gente" al salir de un "sitio cerrado y caliente". de los cines por ejemplo, se cubra la boca con un pañuelo para protegerse del "aire frío". Merece hacer presente como los pacientes incorporan las amigdalas y la faringe a la cavidad bucal. En la terapéutica es importante observar que el conocimiento terapeutico científico se registra en una porporción doble que la terapéutica puramente popular.

LA NARIZ

Los resultados de la encuesta sobre este órgano le asigna las siguientes funciones:

(1).— Función olfatoria.— 80 respuestas indicaron que la nariz tenía una función olfatoria. (2).— Función respiratoria.— 60 respuestas asignaron a la nariz una función respiratoria. (3).— Funciones diversas.— 13 respuestas daban a la nariz funciones diversas, tales como "estornudar", "detener el polvo", dar salida a la secreción nasal y "dar forma a la cara".

2 pacientes ignoraban que función la naríz podría tener.

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA NARIZ

Los factores etiológicos de las afecciones a la naríz se pueden reunir de acuerdo a las respuestas siguientes:

(1).—Cambios bruscos de temperatura.— 54 pacientes indicaron que los "resfríos" o cambios bruscos del calor al frío ocasionaban las "gripes" y el "catarro". (2).— Infecciones.— 20 pacientes asignaron a las "infecciones" la causa de las sinusitis y los "granos". (3).— Factores traumáticos. —18 respuestas indicaban que "los golpes eran la causa de la "desviación del tabique", "hemorragias" y otros traumatismos de la naríz. (4).— "El desarrollo".— "El desarrollo" para 3 pacientes determinaban las epístaxis frecuentes. (5).— "La vida desarreglada".— 7 respuestas manifestaron que "la vida desarreglada" o sea la vida dedicada a los placeres, pasando "malas noches" y descuidando el reposo y la buena alimentación sería la causa de las "gripes" y los "catarros". (6).— "Los malos olores".— 3 respuestas indicaban que "los malos olores" determinaba las "infecciones" y las "sinusitis". (7).— "Los pólipos". 3 pacientes explicaban que "los pólipos" dificultaban la respiración y su crecimiento podía incluso "ahogar a la personal",los pacientes no pudieron informar sobre el origen de los pólipos. (8).— "Falta de higiene".— 2 pacientes achacaban a la "falta de higiene" ser responsables de los "granos". (9).— "El contagio". 2 pacientes señalaban que "el contagio" era la causa del "catarro" y de la "gripe". (10).— "El aire".— 1 paciente afirmó que "el aire" podría originar la rinorrea. 13 pacientes negaron conocer los factores etiológicos de las afecciones a la nariz.

TERAPEUTICA

La terapéutica de las afecciones a la nariz puede ser dividida en los siguientes grupos:

(1).— Gotas nasales.— 20 pacientes señalaron que los "catarros" y "constipados" podrían ser "curados" con diferentes tipos de gotas aplicadas a la naríz, entre estas gotas se destacaban: El nasol, Histriol, Nasoefedros y Mercuro-cromo. (2).— Tratamiento quirúrgico.— 15 pacientes proponían como tratamiento de la "sinusitis" y los "pólipos" la intervención quirúrgica. (3).— Los "remedios caseros".— 14 respuestas indicaron que el "catarro", "constipado" y "resfríos" podrían ser tratados con: "café con limón", y "coñac caliente", el "vino hervido", la "yerba buena", "leche caliente". "huevos en ponche", "jugos" en especial de naranja y "cosas calientes". (4).—Ingestión de medicamentos.— 14 respuestas recomendaban la Criogenine, el Mejoral

y el Anacín para procesos gripales. (5).— Las inyecciones.— 10 respuestas señalaron diferentes tipos de inyecciones (Bioxine, Fiorine, Transpulmin. Penicilina, Calcio y Vitaminas C) para los procesos grijales. (6).— "El mentholatum.— 9 pacientes recomendaron la aplicación del mentholatum para deterner la hiper-secresión nasal y "descongestionar" la naríz en los casos de catarros" y "constipado". (7).— Inhalaciones.— Las inhalaciones de "Vapurú" y "humo de coronta" fueron recomendadas en 5 respuestas para curar "los constipados" y las "gripes". (8).— Tartamiento médico. —19 respuestas referían al médico los casos de afecciones de la nariz.

DISCUSION

El 80% de nuestros interrogados asigna a la naríz una función puramente olfatoria. Es interesante ver como los pacientes establecen una relación entre ciertas caracteríticticas psicológicas y las dimensiones y forma de naríz. Hay una relación para nuestros interrogados entre la longitud de la naríz y la del pene o del clitoris; la potencia sexual fue también relacionada con la longitud de la naríz y lo interesante es que hemos encontrado en algunos casos de pacientes esquizofrénicos esta estrecha relación entre la naríz pequeña y la impotencia sexual.

Aunque la función respiratoria que los pacientes le asignan a la naríz está en segundo término que la olfatoria; cuando se refieren a la patología de la naríz incorporan en esta la mayoría de las afecciones respiratorios del tipo "procesos gripales o "resfrío común". Analizando estos factores etiológicos nos encontramos con frecuencia que algunos factores actúan de mecanismos represores, frente al "principio del placer" por ejemplo muchas afecciones nasales son determinadas por la llamada "vida desarreglada".

En la terapéutica hay un franco predominio del conocimiento científico sobre el puramente popular.

LOS OIDOS

La encuesta puso de manifiesto a través de los 100 interrogados que la función única del oído era la de "oír".

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DEL OIDO

La etiología de las enfermedades del oído, según nuestros interrogados está dada por los factores que pasamos a enumerar.

(1).— Factores físicos.— 43 respuestas referían a los agentes

físicos, como el aire, "los ruidos fuertes", "la insolación", "el calor", y el "frío" ser los causantes del "dolor de oídos" y de "la supuración". (2).— Infecciones.— "26 pacientes asignaron a "las infecciones" ser los determinantes de las "supuraciones" y de los "granos" al oído. (3).— Factores traumáticos.— 15 respuestas indicaron que los golpes y los cuerpos extraños, que se introdujeran al oído, producirían las "lesiones al oído", "la rotura del tímpano" y la "sordera". (4).—Falta de higiene.— 12 pacientes afirmaron que la falta de higiene era un factor decisivo en las afecciones del oído del tipo "supuración". (5).— Factores parasitarios.— 9 respuestas culpaban a la introducción de ciertos parásitos del tipo "garrapata" ser los causantes de la "comezón" a los oídos y de la "supuración". (6).— Complicación de otras enfermedades.— 4 respuestas informaron que las afecciones del sistema nervioso, de la naríz y de la garganta traerían como consecuencia "la sordera" y la "supuración" de los oídos. (7).— Causas congénitas.— 3 pacientes afirmaron que ciertas enfermedades en la mujer embarazada podría determinar en el niño la "sordera de nacimiento". (8).— Los contagios.— 1 respuesta atribuía la presencia de forúnculos en el oído, al "contagio". 13 pacientes indicaron ignorar la etiología de las afecciones al oído.

TERAPEUTICA

El arsenal terapéutico de las afecciones al oído puede dividirse en los siguientes grupos:

(1).— Gotas de "remedios caseros". 20 pacientes indicaron las gotas de "leche de mujer", "llanten", agua tibia", "aceite tibio", "orines", "infusión de eucalipto", "agua de florida", "Glicerina", para el "dolor de oídos", "supuración" y "remover el serumen". (2).— Gotas no específicas.— 13 pacientes afirmaron la existencia de gotas, que no pudieron especificar su tipo, pero que insistieron en que eran benéficas para los "dolores de oídos" y "supuración". (3).— Aplicación externa de "remedios caseros".— 13 pacientes prescribían para el aire; "la ruda". las "torrejas de papa", la "alhucema", el "incienso", "la hoja del aire", "el mentholatum", "la pez" y el "azufre". (4).— Gotas medicamentosas.— 8 respuestas recomendaron el alcohol, el mercurio cromo, la glicerina y la valeriana para curar los "granos al oído (5). Inyecciones. 6 respuestas destacaron las inyecciones de penicilina para curar las infecciones al oído" (6).—Medicación oral.— 2 respuestas recomendaron las "sulfas y la terramicina" para las infecciones del oído. (7).— Tratamiento quirúrgico.— 1 respuesta sugería la intervención quirúrgica en casos de "sordera". (8).—Aparatos audífonos.— 1 respuesta recomenda-

ba en los sordos el uso de "aparatos" que ayudasen a oír. (9).—Tratamiento médico.—16 respuestas referían al médico en caso de afección al oído.

30 respuestas ignoraban que medidas terapéuticas tomar en caso de afecciones al oído.

DISCUSION

Para nuestros entrevistalos los oídos sólo tenían la función de "oír". Sin embargo con las expresiones de "que orejas" o "que oído" indicaban una exquisites sensorial para distinguir los sonidos o aptitudes para la música. Con los dichos populares de "es pura oreja", que quiere decir que estar atento y "desorejado" que no tiene aptitudes musicales se trata de relacionar ciertas cualidades auditivas con ciertas inclinaciones o predisposiciones.

Los factores etiológicos de mayor frecuencia son los agentes físicos entre los que destacan el aire.

En contraste con los dos órganos. anteriormente mencionados, la terapéutica planteada en este órgano tiene un predominio netamente popular sobre el científico.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Con el interés de comprender integralmente a los pacientes de nuestra cultura, hemos estudiado en cien pacientes neuróticos las concepciones sobre su propio cuerpo, la de sus órganos y el conocimiento de las enfermedades y su terapéutica. Siendo los resultados de gran amplitud para ser presentados en una sola comunicación, hemos limitado la presente a la Cabeza.

Los resultados de esta investigación nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

1.— Que la cabeza y el cerebro se identifican con marcada frecuencia en el lenguaje de nuestros pacientes y que ambos son símbolos de psiquismo o mente.

2.— Que las enfermedades de la cabeza, cerebro y otros órganos tienen una explicación etiológica que se puede sintetizar en los siguientes conceptos: a) Por la función exagerada del órgano, b) Por el desgaste físico del cuerpo o de otros órganos, c) Por injurias físicas recibidas directamente en el órgano; y d) Por traumatismos psicológicos (para la cabeza y el cerebro solamente).

3.— La terapéutica guarda estrecha relación con la etiología de

la enfermedad; por ejemplo, si el órgano se enferma por sobre-actividad se prescribe reposo; si pierde sustancias energéticas se recomienda "sustancias" que reemplacen dicha pérdida.

4.— La cara como traductor de las emociones encierra una preocupación intensa por las relaciones interpersonales. Esta preocupación se revela también en los conceptos etiológicos de las afecciones a la cara.

5.— Hay una franca relación entre la pérdida de vitalidad y la visión óptica; relación que se hace evidente cuando se refiere a la vinculación "desgaste sexual" y "pérdida de la vista". El estudio presente manifiesta también una relación estrecha entre la expresión de "la mirada" y el mundo psicológico.

6.— La boca lleva una representación intensa e inmediata "de comida", "comer"; es decir incorporacióı oral. La boca tiene un contenido representativo de lo sexual.

7.— La naríz lleva una representación del psiquismo del individuo y se le da un simbolismo sexual. En la naríz parece centralizarse la sensación de las afecciones respiratorias frecuentes (resfríos, bronquitis, etc).

8.— La creja y el oído tienen el mismo significado y ambas palabras se usan indistintamente. Sus funciones se refieren a la actividad auditiva solamente.

BIBLIOGRAFIA

1.— Hermilio Valdizán y Angel Maldonado. La Medicina Popular Peruana. Tomo I. Imp. Torres Aguirre. Lima 1922.

2.— Paul Schilder. Tratado de Psicoterapia. Edit. Paidos 1947.

3.— Lelio Zeno y Emilio Pizarro Crespo. Clínica Psicosomática. Edit. El Ateneo. Buenos Aires 1945.

COMENTARIO DE LIBROS

American Handbook of Psychiatry (Manual Norteamericano de Psiquiatría), editor Silvano Arieti, con la colaboración editorial de Keneth E. Appel, Daniel Blain, Norman Cameron, Kurt Göldstein y Lawrence C. Kolb, en dos volúmenes en octavo mayor (18 x 27 cms.), encuadernado en tela, con un total de 2098 páginas, ed. Basic Books Inc., New York, 1959.

Los psiquiatras norteamericanos han culminado la tarea de escribir un manual de medicina psicológica que, sin tener la extensión de la obra monumental de Bumke ni las características del trabajo de Henry Ey, contiene material suficiente como para dar información adecuada acerca de muchos aspectos de la teoría y práctica de la especialidad en los Estados Unidos.

Es indudable que este trabajo hará historia en la psiquiatría del mundo. Alejándose de la práctica, tan cara a los anglosajones, de redactar libros de texto para estudiantes o monografías minuciosas para los especialistas, Arieti ha solicitado colaboración de los más distinguidos especialistas, oriundos o actualmente residentes en América del Norte, para presentar un trabajo ampliamente informativo, tanto para médicos como para expertos. Si bien no todas las autoridades en cada tema han respondido al llamado, ha logrado participación de 111 de los más notables especialistas en nuestra disciplina. No es posible citarlos aquí a todos y sería injusto mencionar a unos para olvidar a otros. Lo cierto es que constituyen un grupo realmente representativo de la psiquiatría norteamericana.

El objetivo del libro es presentar los desarrollos, conceptos, tendencias, técnicas, problemas y posibilidades de la psiquiatría estadounidense en una forma útil tanto para el experto como para el principiante, incluyendo las aportaciones de cada escuela y de cada tendencia. Algunos de los sistemas convergen, otros son antagónicos; pero, el editor piensa que debe seguirse esta orientación múltiple y diversificada, hasta llegar a una síntesis, que parece por el momento inalcanzable. Se pidió a cada autor que cubriera su campo especial de modo completamente libre, con la obligación de presentar también las concepciones alternativas y reduciendo su terminología particular al mínimo, o definiendo sus propios conceptos, inmediatamente después de emplearlos. La mayor parte de escritores han cumplido la consigna, no así los psicoanalistas, quienes emplean libremente un lenguaje esotérico para los demás médicos.

Se presentan los aspectos más importantes de la psiquiatría contemporánea aun cuando no ha sido posible cubrir exhaustivamente todos los temas. Así por ejemplo en los capítulos iniciales relátase sólo la historia de la psiquiatría norteamericano, pues, la revisión del tema en el mundo tomaría enorme extensión. Algunos aspectos de la medicina psicosomática han tenido también que ser excluidos. Otros puntos son tratados de modo muy esquemático.

La obra consta de quince partes y cien capítulos. La primera parte comprende temas generales; la segunda, psiconeurosis; la tercera, psicosis funciona-

les; la cuarta, condiciones psicopáticas; la quinta, medicina psicosomática; la sexta, psiquiatría infantil; la séptima, lenguaje; la octava, condiciones orgánicas; la novena, psicoterapia; la décima, psicoanálisis, la undécima, métodos físicos de tratamiento; la duodécima, relaciones con las ciencias básicas y psiquiatría experimental; la décimotercera, contribuciones de campos relacionados; la décimocuarta, manejo y cuidado del paciente; y, la décimoquinta, psiquiatría legal administrativa, didáctica y preventiva.

En ésta nota bibliográfica no es posible comentar separadamente los cien extensos capítulos que forman ambos volúmenes. Nuestra impresión general es que se está operando un cambio favorable en los autores norteamericanos. Se aprecia menos dogmatismo y parece existir una tendencia a escuchar a los demás, a ensayar y evaluar todas las teorías, metodologías y técnicas, absorbiéndolas y hallándoles un lugar en la práctica psiquiátrica. Hasta los más representativos analistas reconocen muchos factores (orgánicos, genéticos, constitucionales, culturales, sociales, e históricos) que antes eran soslayados o minimizados. Parecería que los psicodinamistas tienden a ser más tolerantes con los geneticistas y organicistas; observándose una tendencia similar entre los últimos hacia los estudios, investigaciones e hipótesis de los primeros. Estos son signos de tolerancia intelectual, madurez emocional e independencia de juicio, esenciales para la germinación de un verdadero espíritu científico.

El trabajo editorial es magnífico. Los volúmenes impresos en un hermoso tipo, claramente legible, a doble columna y con multiplicidad de subtítulos. La bibliografía, por orden alfabético, incluyendo el título completo de todos los trabajos citados en el texto, al final de cada capítulo. Al comienzo de cada tomo figura el índice de las partes y de los capítulos, incluyendo información sobre los cargos ocupados actualmente por los autores. Al fin del segundo tomo existe índice de organizaciones psiquiátricas, índice nominal de autores y un detalladísimo índice de temas.

Nos permitimos hacer tres críticas principales a esta obra. La primera es sobre el énfasis doctrinario de muchos capítulos con evidente desmedro de la descripción clínica. Hay capítulos realmente decepcionantes en relación a este punto, por ejemplo el de las neurosis comunes de los niños o el de los estados psicopáticos. Por otra parte, la literatura revisada es casi exclusivamente la norteamericana, las investigaciones actuales de otros países son ignoradas casi por completo. Y en tercer lugar, si bien se ha permitido libertad de expresión parece que se hubiera obligado a los autores a usar un número limitado de páginas para cada capítulo, acortando en consecuencia secciones de considerable trascendencia. Estos defectos no contradicen el criterio de que el Manual es uno de los textos más completos, modernos, amenos e interesantes que se han escrito. Debe figurar en la biblioteca de cada escuela de medicina, de cada hospital y de cada psiquiatra.

RAUL JERI

Psicología Médica por R. de la Fuente Muñiz, un volumen en medio octavo (14 x 22 cms.), encuadernado en tela, pp. 444, ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1959.

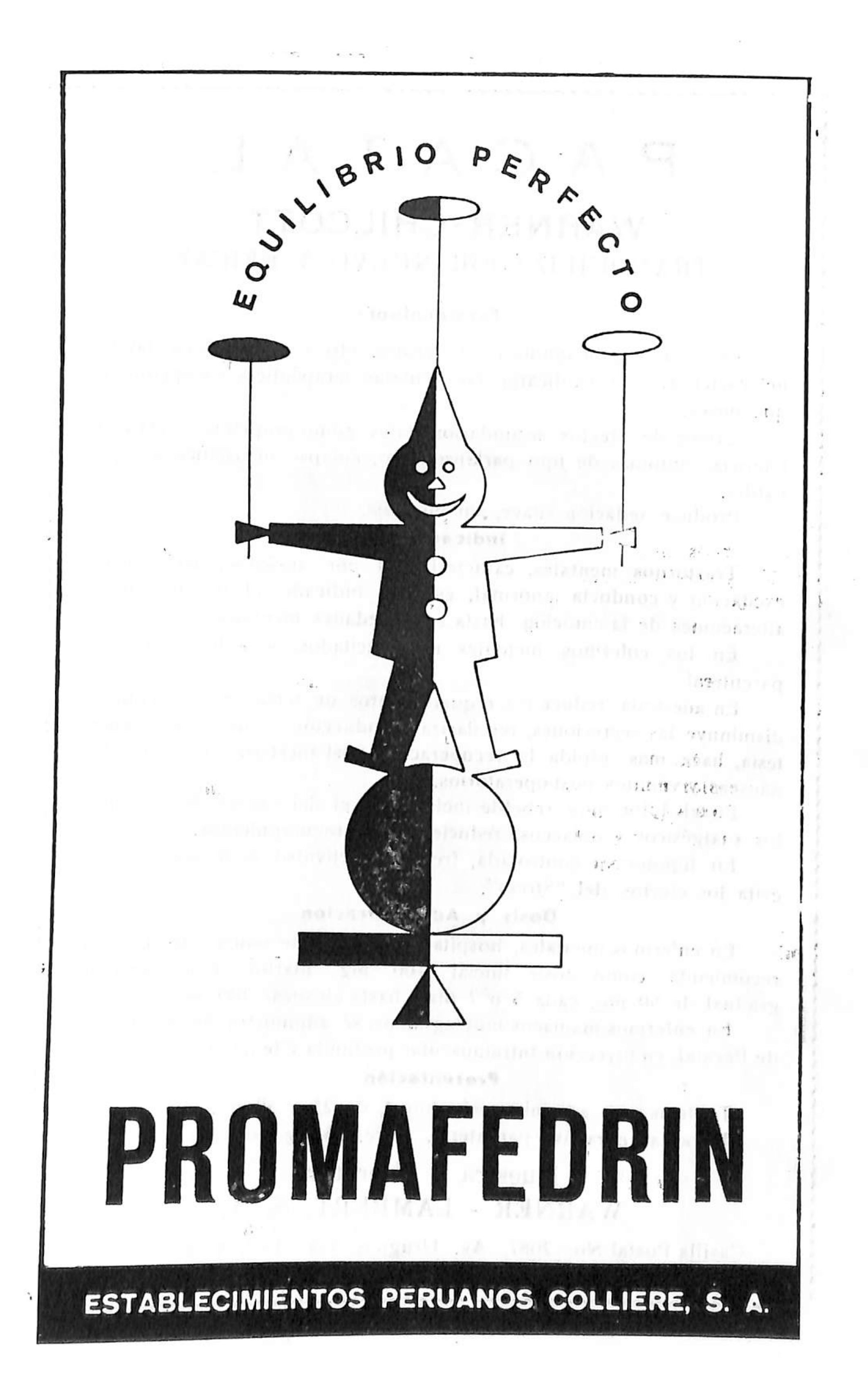
Este libro ha sido escrito para estudiantes de los primeros años de medicina. El autor procura dejar a un lado las áreas que, según su criterio, "carecen de suficiente interés médico o son de la exclusiva incumbencia del especialista, para reunir en un número relativamente reducido de páginas los datos más útiles que la psicología dinámica puede aportar al ejercicio de una medicina humanística". Creemos que logra sus objetivos plenamente, presentando las informaciones en un lenguaje claro y conciso. Es evidente que de la Funte está influido poderosamente por las ideas de Erich Fromm, confiriendo a toda la obra un sentido psicosocial y prefiriendo las metas del análisis humanístico. El campo cubierto por el libro es muy considerable, quizás demasiado extenso. Partiendo de las relaciones entre medicina y psicología, revisa íntegramente la psicología normal y patológica, los diversos síndromes y estados morbosos y concluye analizando los diversos métodos de tratamiento psiquiátrico. La edición es bastante cuidadosa con papel de buena calidad y tipo muy legible. Sin embargo, creemos que la obra puede mejorar mucho en ediciones posteriores; convendría por ejemplo, eliminar el uso excesivo de anglicismos, extenderse un poco más sobre los procesos psicológicos fundamentales y dejar las descripciones de las enfermedades mentales y de los métodos terapéuticos para el curso de psiquiatría; valdría la pena revisar la impresión de los nombres propios, encontramos demasiados errores, especialmente en las citas de autores extranjeros.

RAUL JERI

Theory of Psycho-Analytic Technique (Teoría de la técnica psico-analítica) por Karl Menninger, un volumen en octavo (16 x 24 cms.), encuadernado en tela, pp. 206, ed. Imago Publishing Co. Londres, 1958.

Con la maestría didáctica que lo caracteriza Karl Menninger presenta en este trabajo las bases teóricas de la técnica analítica, estudiando desde las aportaciones iniciales de Freud hasta las contribuciones más recientes. Quienes lean este libro notarán la evolución incesante del movimiento psicoanalítico, adaptándose a los cambios culturales, psico-sociales e históricos de los pueblos y gentes donde se ha practicado. Como toda ciencia, la psicología dinámica va cambiando día a día, asimilando las adquisiciones de otras disciplinas y las aportaciones de la experiencia de los que se dedican a ella con honestidad y rigor metodológico. No obstante, hay ciertos principios y técnicas que sólo han sufrido leves modificaciones desde que su descubridor Sigmund Freud, las presentará a la crítica de los médicos, psicólogos y sociedades científicas. La experimentación y la repetición de las experiencias, han verificado generalmente, las descripciones iniciales. Dichos principios son expuestos en este libro en forma magistral, adornados con sutiles comentarios, fruto de la experiencia adquirida por el autor, tanto en la enseñanza del psicoanálisis como en el tratamiento de los enfermos y en el análisis didáctico de los candidatos del Instituto Psicoanalítico de Topeka. Este libro enriquece la literatura psiquiátrica, actualizando los aspectos de la técnica y constituirá, muy posiblemente, uno de los volúmenes de lectura indispensable para el analista en ciernes.

RAUL JERI


EQUILIBRIO PERFECTO
PROMAFEDRIN
ESTABLECIMIENTOS PERUANOS COLLIERE, S. A.

GRESUTON

Asociacion de sustancias activas de poderosa eficacia
(Padutina - Reserpina - Teofilina Vitamina B1 - B12 - A - E - extracto de levadura)

Terapéutica causal, independiente de la edad para el tratamiento y profilaxis, en:

- Disminución de la capacidad física e intelectual
- Profilaxis y tratamiento de las alteraciones en la edad senil
- Perturbaciones circulatorias
- Acroparestesias
- Claudicación intermitente
- Hipertensión cerebral
- Estados preanginosos

para el restablecimiento de las actividades vitales

Envases originales:
Frascos con 20 cápsulas

BAYER
»Bayer«
Leverkusen



Tranquilizador de amplio espectro terapéutico y potente antiemético

Trilafon

(PERFENAZINA)

INDICACIONES

Estados de tensión y ansiedad
Psiconeuróticos ambulatorios
Psicóticos hospitalizados
Náuseas y vómitos

ENVASES

Tabletas de 2 mg.
Frascos de 30 y 100.
Tabletas de 4 mg.
Frascos de 30 y 100.
Tabletas de 8 mg.
Frascos de 20 y 50.

TR-513

SCHERING CORPORATION, U. S. A.

Imp. "La Popular".—Jirón Arica 550.—Telf. 35824